



***“EVALUACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS
ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS ESTUDIANTES EN LA
UNIVERSIDAD DE CUENCA DE LA FACULTAD DE
PSICOLOGÍA EDUCATIVA, FRENTE A LAS INFECCIONES DE
TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y VIH/SIDA” CUENCA 2009***

Tesis previa a la obtención

del título de Médico

Autores:

- ***Gabriela Rodas***
- ***Maricela Rubio***
- ***Juan Chuchuca***

Directora: Dra. Eulalia Freire

Asesora de investigación: Dra. Eulalia Freire

CUENCA -ECUADOR

2008-2009



RESUMEN

El presente es un estudio analítico cuasi experimental sin grupo control, con dos instrumentos de medición, antes y 3 meses después de la intervención educativa, basados en la teoría cognoscitivo-social de Albert Bandura, cuyo objetivo principal es analizar los conocimientos, actitudes y prácticas de los estudiantes universitarios. Fueron seleccionados 89 estudiantes de la Facultad de Psicología Educativa de la Universidad de Cuenca.

Los datos fueron obtenidos por medio de la aplicación de cuestionarios, se procesaron en tablas de frecuencia y distribución porcentual por variables, utilizando la prueba de asociación de Chi cuadrado con un nivel de confianza del 95%.

La edad fue de 20 y 24 años (86,5%), con una media de 23,51 años; sexo predominante el femenino (83,1%), religión católica (89,9%), en su mayoría fueron solteros (76,4%) y procedentes de la zona urbana (80,9%). Se obtuvo incremento con significancia estadística en conocimientos de condiloma de 5,6% a 26,9%; gonorrea de 82% a 93,6%; clamidias 6,7% a 24,4%; con valor de p: 0,0001; 0,024; 0,001 respectivamente, al comparar pre y pos intervención; las manifestaciones de la ITS fueron:



dolor en vientre bajo, secreción, verrugas en los genitales, manchas en la piel siendo estadísticamente significativas, valor de p : 0,0001; 0,0001; 0,0001; 0,001 respectivamente. Mejoraron las actitudes sin encontrarse significancia estadística. Las prácticas no se modificaron en forma favorable.

Se aplicó la escala de autoeficacia para prevenir el VIH/SIDA, aumentando el nivel de seguridad en el uso del preservativo, fidelidad, abstinencia sexual y confianza con los padres, con significancia estadística de 0,003.

Se concluye que la intervención educativa diseñada elevó los conocimientos de los estudiantes, mejoró la actitud ante las ITS-VIH/SIDA y la autoeficacia en el uso del preservativo.

PALABRAS CLAVES: JÓVENES, UNIVERSITARIOS, ITS-VIH/SIDA, CAPS, AUTOEFICACIA, PREVENCIÓN.



ABSTRACT

This is an analytic quasi-experimental study without control group, with two measurements before and 3 months after the educational intervention based on social-cognitive theory of Albert Bandura, whose main objective is to analyze the knowledge, attitudes and practices college students. We selected 89 students of the Faculty of Educational Psychology at the University of Cuenca.

Data were obtained through the application of questionnaires, were processed using frequency tables and variable percentage distribution by using the association test Chi square with a confidence level of 95%.

They correspond to the age of 20 and 24 years for 86.5%, female sex was predominant (83.1%), Catholic (89.9%), most were single (76.4%) and from urban areas (80.9%). We obtained statistically significant increase in knowledge of condyloma from 5.6% to 26.9%, gonorrhea by 82% to 93.6%, chlamydia 6.7% to 24.4%, p value: 0.0001 , 0.024, 0.001 respectively, when comparing pre and post intervention ITS manifestations of pain in lower abdomen, discharge, genital warts, skin spots being statistically significant, p-value: 0.0001, 0.0001; 0.0001, 0.001



respectively. Improved attitudes without being statistically significant. The practices did not change positively.

It self-efficacy scale was used to prevent STIs, increasing the level of safety in the use of condoms, fidelity, sexual abstinence and trust with parents, with statistical significance of 0.003.

We conclude that the educational intervention designed to raise the knowledge of students, improved attitudes towards ITS-VIH/SIDA and self-efficacy in condom use.

KEY WORDS: young, university, ITS-VIH/SIDA, CAPS, SELF-EFFICACY, PREVENTION.



RESPONSABILIDAD:

El contenido del presente estudio es de
absoluta responsabilidad de los autores.

Juan Chuchuca Pillajo

Gabriela Rodas León

Maricela Rubio
Sarmiento



AGRADECIMIENTO

Nuestro trabajo no se hubiera podido realizar sin el apoyo y colaboración de muchas personas, que sin esperar algo a cambio supieron aportar de distintas maneras para la ejecución de este proyecto, a todas ellas no nos queda más que agradecerles de todo corazón debido a que con su aporte pudimos caminar en la aspiración de involucrarnos en un tema tan especial como son el VIH/SIDA e ITS.

Reconocemos y agradecemos a las Autoridades de la Facultad de Psicología Educativa, a sus secretarias, docentes, trabajadores y sobre todo a sus alumnos, a nuestros compañeros que en todo momento supieron demostrar su cultura y la formación humana que tenemos en nuestra Universidad, ya que al igual que ellos, para nosotros fue una sorpresa conocer tantas realidades ocultas por una sociedad que permanece estática a posibles acciones a tomar sobre el tema, nos dimos cuenta que el escuchar, el compartir, el informar y capacitar deja muchas enseñanzas, muchos sentimientos que se convierten en impotencia, pero como jóvenes universitarios ansiosos por un cambio y luego de reflexionar nos damos cuenta de que el hecho de esforzarnos día tras día de entregar todo, con el afán de convertirnos en profesionales, estamos aportando para que nuestra sociedad madure, y dejemos de crearnos en nuestras mentes esa idea



implantada que somos tercer mundistas, pero también sabemos que solo el estudio no hace al profesional, sino también el contacto con la sociedad ese lado humano, el compartir realidades y volverlas nuestras, que aunque no nos demos cuenta ayudan y mucho a crecer como personas.

Durante todo el tiempo entregado a este proyecto conocimos a personas que saben compartir y están ahí esperando el momento de aportar a la sociedad, saben que hay maneras de vivir y cumplen papeles silenciosos y no reconocidos en las vidas de nosotros, una de ellas es el Dr. Iván Orellana una persona simple, alegre y humana que sabe y ha pasado por nuestro camino y que sin importar horarios supo colaborar en la tabulación y resultados, a él Gracias de igual manera.

Pero en fin nuestro más sincero agradecimiento a aquella mujer, a aquella maestra, a nuestra amiga, que recorre los pasillos de nuestra Facultad siendo observada y vigilada por unos, pero que con el simple hecho de observarla para nosotros es una alegría pues sabemos que todavía existe personas que entregan su vida diaria a la juventud, a sus alumnos que en muchas veces se convierten en su razón de vivir, es sorprendente las responsabilidades que asume, y como las cumple; sabemos el esfuerzo y el cariño puesto



a nuestro proyecto. Sin nuestra Dra. Freire nada de esto se hubiera cumplido, y como siempre nos enseñó que el cariño no tiene precio, no tiene palabras, simplemente está ahí como un sentimiento que no se puede expresar con claridad pero que convertirán a nuestras vidas en un reflejo de lo enseñado, y de lo aprendido. Gracias futura colega.

Los Autores.



DEDICATORIA

Hay momentos que uno puede expresar sus sentimientos y este es uno de ellos.

Dedicamos todo nuestro esfuerzo y cariño dado, a aquellas personas que nos dieron la vida, que nos han dado la posibilidad de estar aquí, y de estar a un paso de cumplir con un sueño. A nuestros padres que siempre estarán en nuestras acciones, en nuestras formas de vida como ejemplo y reflejo de lo que durante todo este tiempo nos han sabido enseñar.

A toda la juventud que es víctima del VIH-SIDA.

También este proyecto va dedicado a nuestros familiares y amigos que siempre han sido un apoyo en la dura pero linda formación como futuros médicos, sabemos las responsabilidades que la sociedad nos entrega y estamos dispuestos ante todo a enfrentar nuestra carrera con el mismo esfuerzo y poniendo nuestras acciones a las necesidades de la gente que siempre necesitaran primero una mano amiga antes que el actuar como lo que cada persona puede llegar a ser, sabemos que en donde estemos contaremos con nuestros Padres, con nuestras



Familias y nuestros Amigos y que nuestra vida será siempre dedicada a ellos y ellas. Los Autores.

ÍNDICE

Contenido	página
Introducción.....	1
CAPÍTULO I.....	3
1.1. Planteamiento del Problema.....	3
1.2. Justificación.....	8
CAPÍTULO II.....	11
2. Marco Teórico.....	11
2.1 Sífilis.....	21
2.2. Chancroide.....	22
2.3. Clamidia.....	23
2.4. Tricomoniasis.....	24
2.5. Herpes.....	25
2.6. Virus del Papiloma Humano.....	26
2.7. Gonorrea.....	27
2.8. VIH/SIDA.....	28
2.9. Teorías del Aprendizaje.....	33
2.10. Teoría Social Cognitiva de Albert Bandura.....	35
2.11. Teoría de Vigosky.....	44



2.12. Teoría de Paulo Freire.....	46
2.13. ¿Las intervenciones modifican las conductas?.....	51
2.14. Las encuestas CAPs.....	55
CAPITULO III.....	57
3. Hipótesis y Objetivos.....	57
3.1. Hipótesis.....	57
3.2. Objetivos.....	57
CAPÍTULO IV.....	59
4. Metodología.....	59
4.1 Tipo de estudio.....	59
4.2 Universo.....	59
4.3 Área de estudio.....	60
4.4 Plan de análisis.....	62
4.5 Procedimientos, Técnicas e Instrumentos.....	62
4.6. Descripción del cuestionario.....	64
4. 7. Como se procedió a recolectar los datos.....	69
4.8 De la intervención educativa.....	69
4.9 Análisis Estadístico.....	73
4.10 Normas éticas.....	73
4.11. Recursos humanos y técnicos.....	74



CAPÍTULO V	75
5 Resultados.....	75
5.1 Tabla base.....	75
5.2. Resultados antes y después de la intervención educativa...	79
5.3. Modificación de los conocimientos, actitudes y prácticas antes y después de la intervención educativa.....	85
5.4. Escala de Autoeficacia para prevenir el VIH/SIDA.....	93
5.5. Muestra de T relacionada para Autoeficacia sobre VIH/SIDA	99
CAPÍTULO VI	100
6. Discusión.....	100
CAPÍTULO VII	113
7.1 Conclusiones.....	113
7.2 Recomendaciones.....	115
CAPÍTULO VIII	116
Referencias Bibliográficas.....	116
Anexos	129





INTRODUCCIÓN

La presente investigación forma parte del proyecto Prevención de las ITS y VIH/SIDA, en los estudiantes universitarios. Nuestro estudio se realizó con los estudiantes de la Facultad de Psicología Educativa en la Universidad Estatal de Cuenca.

En la historia de la Humanidad, no existen precedentes de una infección, con efectos tan devastadores y de tan largo plazo en el desarrollo social y económico, como lo ha sido el VIH/SIDA.

Es importante recordar que el VIH/SIDA, no es solamente otra amenaza más, para la salud pública en nuestro país, es uno de los temas claves que va definir nuestro futuro, junto a los temas de pobreza, cambio climático y seguridad mundial.

La infección del VIH/SIDA va de la mano con los índices de prevalencia e incidencia de infección de transmisión sexual, lo cual es de vital importancia ya que el desconocimiento y la falta de educación sobre estos temas se convierte en un gran problema social incluso dentro de la formación de futuros profesionales en las Universidades. (1)

La educación e información adecuada y oportuna, es la mejor herramienta de prevención que tenemos contra estas



infecciones, toda la sociedad debe mantener un espacio de comunicación permanente y crear un frente de batalla común contra el VIH/SIDA e ITS, contra la ignorancia, contra los mitos, contra los prejuicios, contra la indiferencia, contra el estigma y la discriminación. (2)

La tarea no es fácil, requiere el compromiso de todos y más aun de quienes formamos parte de la Facultad de Ciencias Medicas como futuros profesionales de la Salud.

Siendo el VIH/SIDA e ITS uno de los problemas actuales, es importante incluir en el currículo de estudio en la Universidad, un módulo de educación sexual y reproductiva que incluya un análisis de aquellos elementos socioculturales, los cuales lejos de favorecer la conducta preventiva, la obstaculiza



CAPITULO I

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El número de personas viviendo con VIH en América Latina y el mundo se ha incrementado en los últimos años debido a que la sexualidad es propio del ser humano, por lo tanto, integra factores psicológicos, sociales y biológicos. Al mismo tiempo, la epidemia ha elevado la conciencia mundial sobre las inequidades en materia de sanidad y catalizó una acción sin precedentes para hacer frente a algunos de los obstáculos más graves del desarrollo en el mundo. (3)

La cultura definida por la UNESCO como: modos de vida, tradiciones y creencias, representaciones de la salud y la enfermedad, formas de percepción de la vida y la muerte, normas y prácticas sexuales, relaciones de poder y de género, estructuras familiares, idiomas y medios de comunicación, así como artes y creatividad; son determinantes en las actitudes y los comportamientos relacionados con la posibilidad de adquirir las infecciones de transmisión sexual así como la infección de VIH/SIDA. La cultura, por lo tanto influye en el hecho de correr o no el riesgo de contraer estas infecciones, en el acceso al tratamiento, a los cuidados, en el establecimiento de relaciones de género y de papeles que ponen a las mujeres



y a los hombres en peligro de tales infecciones, tomando en cuenta además el apoyo a la discriminación para con los que viven con el VIH/SIDA y sus familias, etc. (4)

En el sistema capitalista todo es considerado como mercancía, los valores trastocados han hecho que la prostitución avance, a tal límite de la deshumanización completa, incluyendo a los niños y niñas en el negocio criminal de la prostitución; en este mundo lleno de hipocresía, nadie quisiera padecer que su hija se vendiera en el llamado comercio sexual, pero en nuestras comunidades: los hombres mayores compran a jovencitas, a los jóvenes solteros se les obliga a ir a los prostíbulos, las mujeres, los jóvenes, los niños y niñas tienen que recurrir al comercio sexual para su supervivencia.

La aspiración a ingresar a la educación en escuelas, colegios y universidades se ha convertido en una utopía para la gran mayoría; pero como dice Simón Royo refiriéndose a los pensamientos de Rousseau y Marx: “Que nadie sea tan pobre como para tener que venderse ni nadie tan opulento como para comprar a otro ser humano”, entonces para borrar las inequidades es necesario el socialismo.



Las Infecciones de transmisión sexual (ITSs, ITS, STI), anteriormente denominadas enfermedades de transmisión sexual (ETS, STD), son uno de los problemas más importantes para la salud de los jóvenes, desde el punto de vista social y económico, estas enfermedades siguen cobrando un tributo significativo en los jóvenes y finalmente en la sociedad. La pobreza, el desempleo, la falta de información, la migración como consecuencia de la actitud pasiva de los gobiernos de los países pobres, unido esto a la corrupción hacen que epidemias como el SIDA, la tuberculosis y otras, avancen sumiendo a las poblaciones del tercer mundo en la desesperanza. (5)

El Sida y las Infecciones de transmisión sexual constituyen enfermedades más frecuentes en grupos vulnerables, ahora bien, la juventud universitaria es uno de ellos, el inicio precoz de su vida sexual activa puede colocar a los jóvenes en mayor riesgo de embarazos no planeados y de contraer VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). La juventud que inicia la actividad sexual a edades tempranas parece ser más propensa a tener relaciones sexuales con parejas de alto riesgo o con múltiples parejas, y menos propensa a usar condones.



Para la juventud es difícil practicar la abstinencia para evitar las ITS y el VIH/SIDA, nuestros jóvenes tiene variedad de prácticas sexuales que incluyen sexo oral, anal, genital, los mismos que pueden necesitar ayuda para desarrollar las habilidades necesarias para rechazar sistemáticamente la actividad sexual no deseada. Otros jóvenes son forzados a tener relaciones sexuales dentro de sus propios grupos familiares y sociales.

Actualmente la juventud consume alcohol y drogas y bajo el efecto de estos pueden adoptar comportamientos de riesgo. Otros factores que son de importancia dentro del desarrollo de la personalidad de la juventud en nuestro país que influyen directamente en las conductas de los mismo y que deben ser tomados en cuenta como factores de riesgo de contraer ITS y VIH/SIDA son: los tabúes, barreras culturales y de género, las vías de comunicación, altos índices de migración (disminuyen el apoyo social de familiares, que es esencial para que los adolescentes adquieran la confianza y la capacidad necesarias para frenar el inicio de la actividad sexual temprana) y la disminución de los ingresos económicos que conllevan a la prostitución, alcoholismo y demás decisiones erróneas. (6)



Los esfuerzos de prevención del VIH entre los jóvenes siguen siendo insuficientes, aunque en varios países hay indicios de cambios de comportamientos. La meta para el 2005 era que el 90% de los jóvenes estuviera bien informado sobre el SIDA, las encuestas ponen de manifiesto que menos del 50% de jóvenes lo están y las mujeres jóvenes están menos informadas que los varones. Un resultado alentador es que el porcentaje de jóvenes que tienen relaciones sexuales antes de los 15 años ha disminuido y el uso del preservativo ha aumentado según el informe de ONUSIDA del 2006. No se encuentran en la bibliografía datos específicos de indicadores de conocimientos evaluados en nuestro país a excepción de un estudio realizado en Santo Domingo de los Colorados, lo que refleja que en nuestro país no se han realizado esfuerzos en prevención bajo una línea programada como una política de estado. Es por esto la importancia de las intervenciones educativas en salud sexual y reproductiva dentro de los adolescentes y jóvenes. (7)



1. 2. JUSTIFICACIÓN

Es importante la facilitación de conocimientos en ITS y VIH/SIDA a los estudiantes universitarios por:

- Ser un grupo vulnerable a las ITS y VIH/SIDA.
- Además, es importante que se implementen nuevos modelos educativos que erradiquen los conceptos erróneos sobre cómo se transmiten las ITS y el VIH/SIDA.
- Es necesario despejar todas las dudas que tengan los estudiantes en el marco de una educación sexual adecuada a su situación, que fomente la autoestima, el respeto a la orientación sexual, la promoción y la defensa de los derechos humanos.
- Las ITS y VIH/SIDA es una amenaza no solamente para el estudiante sino también para su familia y su comunidad.
- No existen en nuestro medio, estudios de investigación en prevención de las ITS y VIH/SIDA a los jóvenes universitarios.

Por otro lado, hay elementos sociológicos que forman parte del sistema de valores de los estudiantes que inciden en la



vulnerabilidad frente a las ITS y VIH/SIDA, como por ejemplo la estimulación de actitudes machistas, tanto al interior de la universidad como en la sociedad en general. El desarrollo del comercio sexual de ambos sexos, es una realidad que se conoce pero no se reconoce en el discurso público. La prostitución femenina, el tráfico de mujeres, la pobreza y las políticas económicas de los países son temas estrechamente relacionados.

El intercambio de bienes y servicios en el que se basa la economía mundial lleva a que las cosas más inimaginables sean potenciales objetos de consumo. Las condiciones de vida de los sectores más desfavorecidos económicamente, resultan en una marcada situación de vulnerabilidad donde los valores se distorsionan. Ello da lugar al comercio o tráfico de variadas mercancías sea dentro del marco legal o del ilícito. (8)

La prostitución es un servicio que puede ser ofrecido por hombres y mujeres a solicitud de ambos, pero lo más común en todas las sociedades es la prostitución de mujeres. Hoy en nuestros días, las formas de prostitución son muy variadas. Como por ejemplo en el caso de jóvenes universitarias conocido como servicio de acompañamiento: donde chicas de nivel cultural alto y buena presencia física



prestan su compañía a altos ejecutivos o empresarios. Estos servicios los ofrecen sobretodo hoteles y agencias especializadas. (9)



CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

El número estimado de personas que vivían con el VIH en todo el mundo en 2007 alcanzó los 33,2 millones (30,6–36,1 millones), un 16% menos que la cifra estimada publicada en 2006 (39,5 millones [34,7–47,1 millones]). (ONUSIDA/OMS, 2006). La principal razón individual de esta reducción fue el ejercicio intensivo de evaluar la epidemia del VIH en India, que provocó una importante revisión de las estimaciones de ese país. También contribuyeron las importantes revisiones de las estimaciones de otras regiones, en especial, de África Subsahariana. (10)

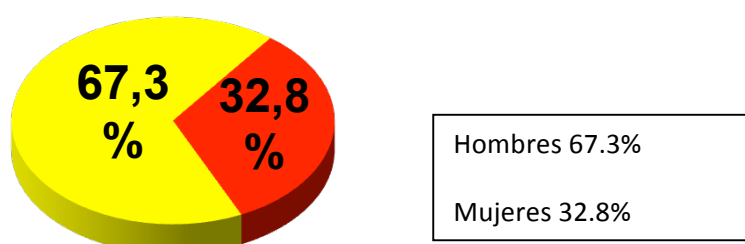
En Ecuador hasta octubre 2008, todas las 24 provincias han diagnosticado y notificado casos de VIH, llama la atención que el 81.59% de los casos estén distribuidos en cinco provincias, de las cuales 1493 casos (53.78%) correspondan a Guayas. La región costa agrupa el 82.42%(2288) de todos los caso a nivel nacional. (11)

Tabla. Frecuencia de casos VIH notificados por provincia. Ecuador 2008.

PROVINCIA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
GUAYAS	1493	53,78%	53,78%
LOS RIOS	247	8,90%	62,68%
MANABI	203	7,31%	69,99%
PICHINCHA	168	6,05%	76,04%
ESMERALDAS	154	5,55%	81,59%
EL ORO	107	3,85%	85,45%
SANTO DOMINGO	54	1,95%	87,39%
LOJA	43	1,55%	88,94%
SANTA ELENA	26	0,94%	89,88%
AZUAY	23	0,83%	90,71%
ORELLANA	23	0,83%	91,53%
CHIMBORAZO	17	0,61%	92,15%
TUNGURAHUA	15	0,54%	92,69%
COTOPAXI	12	0,43%	93,12%
CAÑAR	10	0,36%	93,48%
NAPO	10	0,36%	93,84%
IMBABURA	9	0,32%	94,16%
SUCUMBIOS	8	0,29%	94,45%
BOLIVAR	5	0,18%	94,63%
GALAPAGOS	4	0,14%	94,78%
PASTAZA	4	0,14%	94,92%
CARCHI	2	0,07%	94,99%
ZAMORA	2	0,07%	95,06%
MORONA	1	0,04%	95,10%
NO DATO	136	4,90%	100,00%
Total	2776	100,00%	

Fuente: Vigilancia del VIH/SIDA datos instituto de estadísticas y censos Corte hasta Octubre 2008

Los casos de VIH/SIDA según el sexo en el año 2005 fueron:



Fuente: Epidemiología VIH/SIDA Dr. Patricio Hernández Medicina tropical y control de enfermedades

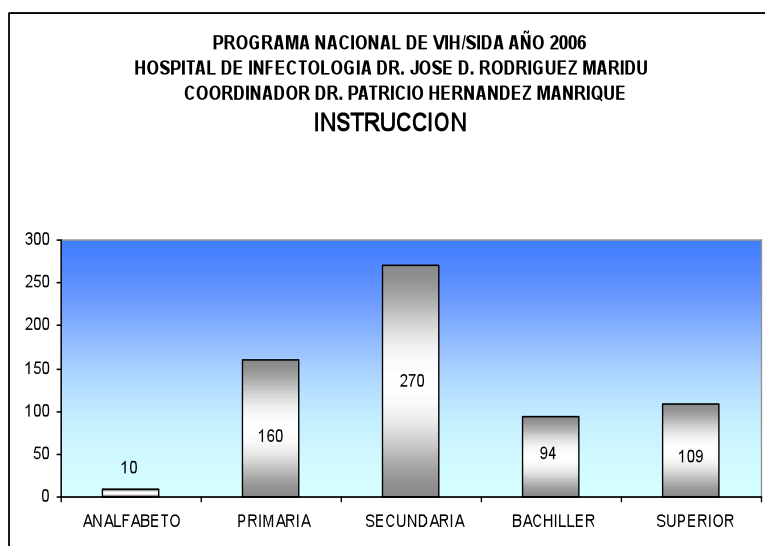


Asimismo, los casos en el año 2005 según la ocupación de cada persona fueron: obreros en un 23%, las amas de casa ocupan el segundo lugar con un 20%, las personas desocupadas el 12%, los comerciantes estiman en un 11%, ocupando los últimos lugares los profesionales con un 4% y los estudiantes apenas con un 3%.

La prevalencia de Sida en nuestro país en el año 2002 fue de 0.3% aproximadamente. La incidencia de casos para octubre del 2006 se estimó en 1279 que correspondieron a 916 casos de VIH y 363 para Sida. La transmisión de madre a hijo ocurre durante el embarazo, parto y lactancia materna, en nuestro país los niños que recibieron terapia antirretroviral en el 2006 fueron 196 niños. (12)

En el hospital de infectología de Guayaquil el estudio llevado a cabo por el Dr. Hernández Patricio en pacientes con VIH/SIDA en el 2006, corresponde al grupo de edad entre los 25 y 44 años se concentra un 58.7% de casos de VIH, mientras que el grupo de 20 a 24 años se concentra el 20.6% de casos reportados en el periodo del 2002 al 2008; sin embargo al calcular las tasa de incidencia acumulada de VIH por edad el grupo comprendido entre 20 a 24 años es el de mayor riesgo. Debe notarse también la tendencia

de incremento en el grupo de 15 a 19 sobre todo en los últimos tres años, esto debe tomarse como una señal de alerta ya que en el grupo de menores de 25 años se considera las infecciones más recientes.



Fuente: Epidemiologia VIH/SIDA Dr. Patricio Hernández Medicina Tropical y Control de Enfermedades.

Tabla. Frecuencia de casos VIH por edades

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
25 a 44	4519	58,7	58,7
20 a 24	1583	20,6	79,3
45 a 99	921	12,0	91,3
15 a 19	503	6,5	97,8
1 a 4 años	125	1,6	99,5
5 a 14	38	0,5	99,9
Menor 1 Año	4	0,1	100,0
Total	7693	100	



Fuente: Vigilancia del VIH/SIDA datos Instituto de Estadísticas y Censos. Octubre 2008

Los pacientes en terapia antirretroviral en hospitales del MSP durante el periodo de Enero a Octubre 2006 fueron:

F. Icaza	Guayaquil	162
Rodríguez Maridueña	Guayaquil	593
A. Gilbert	Guayaquil	292
E. Espejo	Quito	188
E. Garcés	Quito	239
V. Corral	Cuenca	80
B. Ortiz	Quito	31
Teófilo Dávila	Machala	16

Fuente: Epidemiología VIH/SIDA Dr. Patricio Hernández Medicina Tropical y Control de Enfermedades.

El incremento de casos en VIH se atribuye a las estrategias de captación activa de casos implementada por el país a partir del año 2005 con el tamizaje regular y gratuito en embarazadas, en personas con Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y en usuarios con tuberculosis. Adicionalmente el fortalecimiento en el sistema de notificación de casos VIH realizado en el año 2008 contribuye a este incremento ya que ha permitido captar



hasta el mes de octubre de 2775 personas infectadas, 918 casos más que el año 2007, equivalente a un incremento del 49.4%, considerando que el nivel de sub-notificación estimada en el año 2007 fue de 57%. (11)

El 70% de la diferencia total en las estimaciones publicadas en 2006 y 2007 se deben a cambios en varios países. Tanto en Kenya como en Zimbabwe, se observa una disminución de comportamiento de riesgo que incide directamente en la disminución de la incidencia de infección de VIH/SIDA. Asimismo, las perspectivas del Sida en un nuevo informe del ONUSIDA que brinda un panorama de algunos de los problemas más apremiantes que deberán hacer frente los responsables de formular políticas y los líderes para responder a los desafíos que plantea el sida en el año 2009. Se han logrado varios hitos recientes. Los más importantes son: menos personas se infectan con el VIH; las estimaciones disminuyeron a 2,7 millones en 2007 de 3 millones en 2001. También hay una estabilización mundial del porcentaje de personas que viven con el VIH. El número de niños que se infectan con el VIH disminuyó a 370.000 en 2007 de 450.000 en 2000 debido a la cobertura cada vez más amplia de los programas para prevenir la transmisión materno infantil del VIH y la estabilización de la



prevalencia del VIH entre las embarazadas. Menos personas mueren a causa de enfermedades relacionadas con el VIH: un estimado de 2 millones en 2007 de un estimado de 2,2 millones en 2005. Solamente el año pasado, un millón más de personas recibieron tratamiento para el VIH en hospitales y dispensarios en el mundo en vías de desarrollo, lo que incrementó el total a 3 millones de personas a fines de 2007, un aumento de más de diez veces con respecto a cinco años atrás, el número total de personas que viven con el VIH está aumentando debido a las continuas nuevas infecciones, a las personas vivas como resultado del tratamiento y al crecimiento de la población.

Los programas de tratamiento han seguido expandiéndose y enfrentando nuevos desafíos con el tiempo. Hoy día, muchos dispensarios comprueban que los pacientes responden bien al tratamiento antirretrovírico. Sin embargo, en 2007, 55 países informaron que recibían tratamiento menos del 25% de los adultos y niños que lo necesitaban. De 113 países en vías de desarrollo, 88 informaron que menos de la mitad de las madres recibían servicios para prevenir la transmisión del VIH a sus hijos durante el parto (ONUSIDA, 2008).



Más de 7400 nuevas infecciones de VIH ocurren cada día en 2007, más del 96% ocurren en países de bajos y medianos ingresos, alrededor de 1000 ocurren en menores de 15 años alrededor de 6300 ocurren en mayores de 15 años, de los cuales: casi el 50% son infecciones en mujeres, casi el 45% son infecciones en jóvenes (de 15 a 24 años) por cada dos personas que comienzan un tratamiento, otras cinco se infectan. (13)

Los jóvenes son destinatarios importantes de la educación preventiva sobre las infecciones de transmisión sexual que incluye al VIH/SIDA. Datos de Organización Mundial de la Salud informa que hasta el 20 de octubre de 2008 las enfermedades de transmisión sexual se encuentran entre las cinco primeras causas por las que las personas de los países en desarrollo procuran servicios médicos

Cada año, a nivel global se reportan 333 millones de casos de estas dolencias, con una incidencia mayoritaria entre las personas de 20 a 24 años. Una de cada 20 jóvenes contrae una enfermedad de transmisión sexual. (10)

La generación de jóvenes actual es la mayor de la historia, casi la mitad de la población mundial tiene menos de 25 años (más de 3.000 millones de personas) el 85% se los



jóvenes están viviendo en los países en desarrollo y 238 millones de jóvenes sobreviven con menos de un dólar diario; 88 millones de jóvenes se encuentran desempleados. (14). Los jóvenes de 15 a 24 años son los más amenazados, el futuro de la epidemia tomará forma a partir de los actos de esos jóvenes, los pocos países que han logrado disminuir la prevalencia nacional del VIH lo han hecho sobre todo inculcando comportamientos más seguros entre los jóvenes.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) se transmiten de una persona a otra a través de las relaciones sexuales vaginales, anales u ocasionalmente orales. Aunque el uso del preservativo puede reducir o evitar la transmisión de muchas de estas enfermedades pero no es 100% seguro, las ITS siguen siendo frecuentes y afectan cada año a 340 millones de personas en todo el mundo.

Según datos de la OMS, a nivel mundial existen 12 millones de nuevos casos de sífilis, correspondiendo a una incidencia mundial de la sífilis venérea del 0,4% y la prevalencia del 1%. De estos casos corresponde a Latinoamérica y el Caribe: 3'000.000 de casos por año. (15)

La infección por Clamidias es la causa de ITS más frecuente en EEUU y Europa y una infección de alta



prevalencia en muchas áreas desarrolladas del mundo. Cada año se detectan en todo el mundo cerca de 300 millones de casos, encontrándose las tasas más elevadas de esta infección entre los 15 y los 24 años. (16)

La incidencia global de Clamidia en el año 2000 es de 9.2 millones y 9.5 millones en América Latina y el Caribe respectivamente. (17)

La tricomoniasis afecta con más frecuencia entre el 10% al 25% de mujeres jóvenes sexualmente activas. Se calcula que cada año se registran 7.4 millones de casos nuevos en mujeres y hombres, según datos de OPS en el año 2004. (18)

En la OMS están preocupados por el crecimiento de las infecciones por el virus del Herpes Genital. El epidemiólogo George Schmid, de la Organización Mundial de la Salud, junto con investigadores del Imperial College de Londres, publicaron hace poco los resultados de un meta-análisis donde estimaron que en año 2003 nada menos que 536 millones de personas en el mundo tienen el HSV-2 entre la población de 15 a 49 años de edad, y que hay más de 23 millones de infectados nuevos cada año. (19)

A nivel mundial se estima la existencia de 630 millones de individuos infectados y de 190 millones con Virus de Papiloma Humano. Estudios epidemiológicos realizados en



Estados Unidos de América muestran que 75% de la población de entre 15 y 50 años está infectada. Aproximadamente 510.000 casos de cáncer cervical son detectados por año siendo la segunda causa de cáncer femenino en el mundo, produciendo 288 000 muertes anuales. (20)

En 2006 se vieron 29 casos de Gonorrea, cuando en 2001 fueron 12. En el 2007, el número de contagios siguió al alza, con más de una treintena.” La población inmigrante no se somete a controles exhaustivos de estas enfermedades, ni guarda garantías de protección”, asegura el doctor Herminio Jiménez, dermatólogo del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. (15)

No se encuentran datos epidemiológicos sobre Infecciones de Transmisión Sexuales en nuestro País.

2.1. Sífilis:

Sífilis: Infección producida por la bacteria *Treponema Pallidum*, que se transmite por contacto sexual no protegido, por transfusión de sangre infectada, y de la madre al feto durante el embarazo o el parto. Después del contagio hay una fase asintomática y luego de seis



semanas aparecen los llamados chancros sifilíticos o duros.

Aunque en las primeras fases no se aplique el tratamiento las lesiones desaparecen, pero la infección sigue progresando hacia fases sucesivas cada vez más agresivas, y de graves consecuencias. El tratamiento con antibióticos es muy efectivo se utiliza con frecuencia Penicilina G Benzatínica. (21)

2.2. Chancroide

Chancroide: Enfermedad de transmisión sexual (ETS) producida por la bacteria (*Haemophilus Ducreyi*). Es común en países tropicales, aunque rara en otras partes del mundo. Cualquier persona sexualmente activa puede infectarse. Es más común en los hombres especialmente sin circuncisión. Esta ITS se contagia a través del contacto sexual con una persona infectada, es más probable que las bacterias invadan los órganos sexuales en el punto de una lesión preexistente, como una cortadura o raspadura pequeña.

La primera señal de infección es, generalmente, la aparición de una o más úlceras en los órganos genitales.



Las úlceras están rodeadas por un borde rojo delgado que pronto se llena con pus y en algún momento se rompe, dejando una herida abierta dolorosa.

Los lugares comunes en los hombres son: prepucio, surco detrás de la cabeza del pene (surco coronal), cuerpo y cabeza del pene, meato uretral y escroto.

En las mujeres, la ubicación más común de las úlceras es en los labios mayores de la vagina. La infección se trata con antibióticos entre los que se cuentan: azitromocina, ceftriaxona, ciprofloxacina y eritromicina. Las inflamaciones grandes de los ganglios linfáticos requieren drenaje, ya sea con aguja o con cirugía local. (21,24)

2.3. Clamidia

Clamidia: Infección producida por un grupo de bacterias conocidas por clamidobacterias, como la Clamidia Vaginalis, que se transmiten por contacto sexual vaginal, anal o bucal, no protegido. Sus síntomas comienzan a presentarse de una a tres semanas después del contagio, siendo al principio poco significativos.

Más tarde, en la mujer, se presenta aumento de un flujo vaginal transparente, dolor y ardor al orinar, y hasta puede ocurrir sangrado vaginal.



En el hombre la secreción uretral se hace abundante, transparente o amarillenta, y si la infección asciende lo hace hasta todas las glándulas del sistema reproductor provocando dolores intensos.

Su tratamiento se basa en la administración de ceftriaxona y doxiciclina. Si no se aplica pueden producirse graves complicaciones que pueden llegar a causar esterilidad, tanto en el hombre como en la mujer. (22)

2.4. Tricomona

Tricomona: Infección causada por el protozoo Tricomona Vaginalis, cuyo contagio se produce por contacto sexual no protegido y, en ocasiones, por el uso de instrumental obstétrico o prendas íntimas contaminadas.

No siempre se producen síntomas: un grupo de las mujeres infectadas no presenta molestias, en otras son muy ligeras y en un tercer grupo se produce inflamación y enrojecimiento de la vulva con abundante flujo vaginal de apariencia espumosa y sanguinolenta, con prurito genital y ardor al orinar.

Solo algunos de los hombres infectados padecen ligero ardor y punzadas en la uretra, así como un tenue flujo uretral.



El diagnóstico se basa en los síntomas y lesiones acompañados de examen de laboratorio; se trata con metronidazol a la pareja. (18)

2.5. Herpes

Herpes: Infección causada por el virus denominado Virus del Herpes Simple Tipo II, que se transmite por contacto sexual vaginal, anal u oral, no protegido, con una persona infectada, por simple contacto de piel con las lesiones, y de la madre al hijo(a) durante el parto.

Las primeras manifestaciones aparecen de uno a siete días después del contagio y consisten en pequeñas y abundantes ampollas dolorosas localizadas en los genitales externos, la boca, o el ano (según la vía de contagio); en la mujer pueden aparecer en la vagina y en el cuello del útero. Cuando estas ampollas revientan son aun más dolorosas y desaparecen en un plazo de cinco a veintiuno días.

La infección es incurable, las lesiones desaparecen y vuelven a aparecer cada cierto tiempo durante toda la vida. Solo hay tratamiento para aliviar las molestias y curar las lesiones. (19)



2.6. Papiloma Virus

Papiloma Virus: Los virus del papiloma humano (VPH) son virus comunes que pueden causar verrugas. Existen más de 100 tipos de VPH. La mayoría son inofensivos, pero aproximadamente 30 tipos se asocian con un mayor riesgo de tener cáncer. Estos tipos afectan los genitales y se adquieren a través del contacto sexual con una pareja infectada. Se clasifican como de bajo riesgo o de alto riesgo. Los VPH de bajo riesgo pueden causar verrugas genitales. En las mujeres, los VPH de alto riesgo pueden conducir al cáncer en el cuello uterino, vulva, vagina y ano. En los hombres, pueden conducir al cáncer del ano y del pene.

Aunque algunas personas desarrollan verrugas genitales por infecciones con VPH, otras no tienen síntomas.

El uso correcto de los preservativos de látex reduce enormemente, aunque no elimina, el riesgo de contraer y contagiar el VPH. Una vacuna puede proteger contra varios tipos de VPH, incluyendo algunos de los que pueden causar cáncer.

La incidencia del cáncer de pene es mucho menor que la del cáncer cervical y puede no estar tan fuertemente relacionada con la infección por HPV. (20)



2.7. Gonorrea

Gonorrea: es una enfermedad de transmisión sexual curable. Es más común en los adultos jóvenes. La bacteria que causa la gonorrea puede infectar el tracto genital, la boca o el ano y puede transmitirse de la madre al bebé durante la gestación.

Algunas veces, la gonorrea no provoca síntomas, especialmente en las mujeres. En los hombres, la gonorrea puede causar dolor al orinar y secreción proveniente del pene. De no tratarse, puede producir epididimitis, que afecta los testículos y puede causar infertilidad. En las mujeres, la gonorrea puede provocar hemorragias entre los períodos menstruales, dolor al orinar y aumento de las secreciones vaginales. De no tratarse, puede provocar la enfermedad inflamatoria pélvica, que causa problemas de infertilidad y en el embarazo. La gonorrea puede curarse con antibióticos como cefexina y ceftriaxona indicados por el médico. El uso correcto de preservativos de látex reduce enormemente, aunque no elimina, el riesgo de contraer y contagiar la gonorrea. (15)



2.8. VIH/SIDA

VIH-Sida

VIH: Infección causada por uno de dos retrovirus relacionados (VIH-1 y VIH-2), que origina una amplia gama de manifestaciones clínicas, desde estado de portador asintomático hasta procesos debilitantes y fatales, relacionados con defectos de la inmunidad mediada por células.

El HTLV-I se transmite por contacto sexual y a través de la sangre, pero la mayoría de las infecciones parecen ser transmitidas verticalmente de la madre al hijo por la leche materna.

El retrovirus humano que ha tenido mayor impacto social y médico es el VIH-1, identificado en 1984 como causa de una epidemia extensa de inmunosupresión grave, conocida como síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

El SIDA es un trastorno de la inmunidad mediada por células, caracterizado por infecciones oportunistas, neoplasias malignas, disfunción neurológica y una variedad de otros síndromes. Es la manifestación más grave de una gama de trastornos relacionados con el VIH.



El riesgo de que un individuo infectado por el VIH y no tratado desarrolle SIDA, se estima en el 1-2%/año durante los primeros años después del contagio, y alrededor del 5%/año más adelante.

La infección por VIH no se propaga por contacto casual como un abrazo, por tocar cosas que han sido tocadas con anterioridad por una persona infectada con el virus, ni durante la participación en deportes, ni por mosquitos. No se transmite a las personas que donan sangre u órganos.

La transmisión del VIH requiere contacto con líquidos corporales que contengan células infectadas o plasma. El VIH puede estar presente en cualquier líquido o exudado que contenga plasma o linfocitos, de modo específico sangre, semen, secreciones vaginales, leche, saliva o exudados de heridas.

La infección inicial con VIH puede no producir ningún síntoma. Sin embargo, algunas personas sí experimentan síntomas seudogripales con fiebre, erupción cutánea, irritación de garganta e inflamación de los ganglios linfáticos, generalmente dos semanas después de contraer el virus. Algunas personas con infección por VIH permanecen por años sin síntomas entre el momento en



que estuvieron expuestas al virus y cuando desarrollan el SIDA.

Actualmente existen medicamentos, llamados antirretrovirales, que inhiben enzimas esenciales, la transcriptasa reversa, retrotranscriptasa o la proteasa, con lo que reducen la replicación del VIH. De esta manera se frena el progreso de la enfermedad y la aparición de infecciones oportunistas, así que aunque el sida no puede propiamente curarse, sí puede convertirse con el uso continuado de esos fármacos en una enfermedad crónica compatible con una vida larga y casi normal.

La Educación Sexual puede considerarse como una preparación del adolescente para la vida adulta independiente, con los recursos de su personalidad que le posibiliten dar solución grata a los diversos problemas que la vida les plantee, prevenir las ITS y realizarse personal, familiar y socialmente.

La utilización sistemática y apropiada del preservativo es limitada entre los jóvenes, lo que les predispone a contraer infecciones de transmisión sexual, por ejemplo, en los Estados Unidos, el 25% de los adolescentes sexualmente activos contrae una enfermedad de transmisión sexual



cada año. Aproximadamente un 15% de las infecciones de VIH acumulativas correspondía a personas de entre 13 y 24 años de edad en 1999 y aproximadamente un 50% de los casos nuevos de infección por el VIH en ese país se produce entre los jóvenes. (23)

Las encuestas realizadas en 40 países indican que la mitad de los jóvenes tienen ideas erróneas de cómo se transmite el virus VIH, y existe un número muy alto de jóvenes que indican que con solo mirar a una persona se puede reconocer que tiene SIDA (25). El comienzo de la actividad sexual es antes de cumplir los 18 años, en la mayoría de los países, existiendo países especialmente con recursos bajos, en los que los adolescentes comienzan su actividad sexual a edad muy temprana. La edad de la primera relación sexual en los adolescentes mexicanos es entre los 15 años a 17 años para hombres y mujeres (26). En nuestro país un estudio realizado en Santo Domingo de los Colorados, revela que el inicio de la actividad sexual es a los 13 y 14 años de edad, y refleja conocimientos erróneos en prevención. Así mismo el uso del condón no es estable en trabajadoras sexuales en el Ecuador (27).

Un estudio realizado en México en un grupo de hombres que tienen relaciones con hombres revela poco conocimiento sobre medidas preventivas. El uso del



preservativo en la primera relación sexual es mayor en el varón que en las mujeres, los varones de las áreas rurales tienden usar menos el condón.

Desde las primeras estimaciones del uso del condón por los jóvenes solteros realizadas a mediados de la década de 1980, la curva del uso del condón se ha incrementado, pasando del 7% en 1985 a 51% en el año 2000 entre los hombres y de 5% a 23% entre las mujeres; el preservativo es utilizado mayoritariamente como método anticonceptivo por los adolescentes (28). Los estudios sobre conocimientos, actitudes y prácticas de los jóvenes indican que éstos tienen una combinación de ansiedad e ignorancia, se preocupan del embarazo accidental, pero los varones subestiman el riesgo de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA. El desconocimiento es el principal multiplicador del VIH/SIDA, el reconocer que los jóvenes tienen vida sexual y que no cuentan con el conocimiento adecuado para protegerse, lleva a establecer programas de prevención. En algunos países la mayoría de infecciones por el VIH se produce por inyección de drogas con equipos contaminados, relaciones sexuales no protegidas entre varones y comercio sexual peligroso.



En educación y promoción de la salud, los avances en la investigación que le da soporte a las intervenciones programáticas han ocurrido directa e indirectamente por la aplicación en la práctica de teorías y modelos desarrollados en las más diversas áreas del conocimiento, principalmente en las ciencias comporta mentales y sociales, una de las teorías que han respaldado algunas intervenciones es la Teoría cognoscitivo-social de Albert Bandura.

2.9. Las Teorías del Aprendizaje:

Existen dos grandes paradigmas en la psicología del aprendizaje:

2.9.1. El conductismo que tiene como representantes a: Watson, Thorndike, Skinner, Pavlov, Tolman. Thorndike describe tres leyes en el aprendizaje: del efecto, de ejercicio y de sin lectura que se basan en el estímulo y respuesta.

Watson ubica a la psicología con el carácter de las ciencias naturales, se observa la influencia del positivismo de Augusto Comte.

Skinner: la teoría de Skinner tiene como fundamento que la conducta es guiada por refuerzos primarios y secundarios.



Tolman: acuñó el término de variables internas, el nexo entre estímulo respuesta quedaba interrumpido por planos cognoscitivos no observables en la conducta del individuo, introdujo el término de aprendizaje latente que se reflejaba en la acción.

Pavlov: formula el reflejo condicionado.

2.9.2. El Cognitivismo tiene a: Piaget, Bruner, Ausubel, Vigotsky como sus Máximos exponentes. Para Piaget la capacidad cognitiva y la inteligencia se encuentran estrechamente ligadas al medio social y físico.

Ausubel: De acuerdo al aprendizaje significativo, los nuevos conocimientos se incorporan en forma sustantiva en la estructura cognitiva del alumno. Esto se logra cuando el estudiante relaciona los nuevos conocimientos con los anteriormente adquiridos; pero también es necesario que el alumno se interese por aprender lo que se le está mostrando.

Vigotsky consideraba que el medio social es crucial para el aprendizaje, pensaba que lo produce la integración de los factores social y personal. El fenómeno de la actividad social ayuda a explicar los cambios en la conciencia y



fundamenta una teoría psicológica que unifica el comportamiento y la mente. El entorno social influye en la cognición por medio de sus "instrumentos", es decir, sus objetos culturales (autos, máquinas) y su lenguaje e instituciones sociales (iglesias, escuelas). El cambio cognoscitivo es el resultado de utilizar los instrumentos culturales en las interrelaciones sociales y de internalizarlas y transformarlas mentalmente. La postura de Vigotsky es un ejemplo del constructivismo dialéctico, porque recalca la interacción de los individuos y su entorno.

Las teorías de Bruner tienen como punto de referencia a Vygotsky y Piaget; el punto de unión más fuerte entre la teoría de Vygotski y la de Bruner, es que, para ambos, la interacción y el diálogo son puntos claves en su teoría.

2.10. Teoría Social Cognitiva de Albert Bandura:

El aprendizaje es descrito como un proceso social influenciado por la interacción con otras personas. En la teoría social cognitiva el ambiente social y físico influye en la formación y reforzamiento de las creencias que son determinantes de la conducta.



Los conductistas consideran que el ambiente moldea al niño, pero los teóricos del aprendizaje social afirman que el niño también actúa sobre el ambiente.

Los procesos cognitivos se ponen en funcionamiento a medida que las personas observan los modelos aprenden "segmentos" de comportamientos y luego los ponen juntos en nuevos y complejos patrones. Los factores cognitivos, afectan la manera como una persona incorpora las conductas observadas. La teoría del aprendizaje social sirve de puente entre el conductismo y la perspectiva.

Esta teoría se basa en superar las barreras, en observar a nuestro alrededor, observar nuestra sociedad y cambiarla.

Un cambio en alguno de estos tres componentes conductuales, físico o social, influencia en los otros dos. La auto-eficacia, un componente esencial de la teoría, es que la persona crea sentirse capaz de poner en práctica la nueva conducta cuando se presente la ocasión, así las personas pueden autorregular su conducta; entonces un fundamento básico de la teoría es la del autocontrol.

El enfoque de la reciprocidad triádica de Bandura: en la cual la conducta, los factores personales, cognitivos y de otro tipo, y los acontecimientos ambientales actúan como



determinantes interactivos. De esta manera, en la perspectiva cognitiva social, no se considera al ser humano gobernado por fuerzas internas ni controlado por estímulos externos sino que se considera el funcionamiento humano en términos del modelo de reciprocidad triádica. (29)

Modelo de Reducción de Riesgo al SIDA: sugiere que para poder cambiar la conducta uno debiera reconocerla como tal, luego comprometerse a reducir este tipo de conducta, y finalmente tomar acción para llevar a cabo el cambio deseado. Los factores que influyen en el movimiento entre las etapas incluyen el temor la ansiedad y las normas sociales.

Bandura establece que existen ciertos pasos envueltos en el proceso de modelado:

1. Atención. Si vas a aprender algo, necesitas estar prestando atención. De la misma manera, todo aquello que suponga un freno a la atención, resultará en un quebranto del aprendizaje, incluyendo el aprendizaje por observación.

Alguna de las cosas que influye sobre la atención tiene que ver con las propiedades del modelo. Si el modelo es colorido y dramático, por ejemplo, prestamos más atención. Si el modelo es atractivo o prestigioso o parece ser particularmente competente, prestaremos más atención. Y



si el modelo se parece más a nosotros, prestaremos más atención.

2. Retención. Debemos ser capaces de retener (recordar) aquello a lo que le hemos prestado atención. Aquí es donde la imaginación y el lenguaje entran en juego: guardamos lo que hemos visto hacer al modelo en forma de imágenes mentales o descripciones verbales. Una vez “archivados”, podemos hacer resurgir la imagen o descripción de manera que podamos reproducirlas con nuestro propio comportamiento.

3. Reproducción. En este punto, estamos ahí soñando despiertos. Debemos traducir las imágenes o descripciones al comportamiento actual. Por tanto, lo primero de lo que debemos ser capaces es de reproducir el comportamiento.

Es importante con respecto a la reproducción mejorar la práctica de los comportamientos envueltos en la tarea.

4. Motivación. Aún con todo esto, todavía no haremos nada a menos que estemos motivados a imitar; es decir, a menos que tengamos buenas razones para hacerlo. Bandura menciona un número de motivos:

- a) **Refuerzo pasado**, como el conductismo tradicional o clásico.



- b) **Refuerzos prometidos**, (incentivos) que podamos imaginar.
- c) **Refuerzo vicario**, la posibilidad de percibir y recuperar el modelo como reforzador.

Como la mayoría de los conductistas clásicos, Bandura dice que el castigo en sus diferentes formas no funciona tan bien como el refuerzo y, de hecho, tiene la tendencia a volverse contra nosotros.

2.10.1. **Autorregulación**

La autorregulación (controlar nuestro propio comportamiento) es la otra piedra angular de la personalidad humana. En este caso, Bandura sugiere tres pasos:

1. Auto-observación. Nos vemos a nosotros mismos, nuestro comportamiento y cogemos pistas de ello.

2. Juicio. Comparamos lo que vemos con un estándar. Por ejemplo, podemos comparar nuestros actos con otros tradicionalmente establecidos, tales como “reglas de etiqueta”. O podemos crear algunos nuevos, como “leeré un libro a la semana”. O podemos competir con otros, o con nosotros mismos.

3. Auto-respuesta. Si hemos salido bien en la comparación con nuestro estándar, nos damos respuestas



de recompensa a nosotros mismos. Si no salimos bien parados, nos daremos auto-respuestas de castigo. Estas auto-respuestas pueden ir desde el extremo más obvio (decirnos algo malo o trabajar hasta tarde), hasta el otro más encubierto (sentimientos de orgullo o vergüenza).

Un concepto muy importante en psicología que podría entenderse bien con la autorregulación es el auto-concepto (mejor conocido como autoestima). Si a través de los años, vemos que hemos actuado más o menos de acuerdo con nuestros estándares y hemos tenido una vida llena de recompensas y alabanzas personales, tendremos un auto-concepto agradable (autoestima alta). Si, de lo contrario, nos hemos visto siempre como incapaces de alcanzar nuestros estándares y castigándonos por ello, tendremos un pobre auto-concepto (autoestima baja)

Notemos que los conductistas generalmente consideran el refuerzo como efectivo y al castigo como algo lleno de problemas. Lo mismo ocurre con el auto-castigo. Bandura ve tres resultados posibles del excesivo auto-castigo:

Compensación. Por ejemplo, un complejo de superioridad y delirios de grandeza.

Inactividad. Apatía, aburrimiento, depresión.



Escape. Drogas y alcohol, fantasías televisivas o incluso el escape más radical, el suicidio.

Lo anterior tiene cierta semejanza con las personalidades insanas de las que hablaban Adler y Horney; el tipo agresivo, el tipo sumiso y el tipo evitativo respectivamente.

Las recomendaciones de Bandura para las personas que sufren de auto-conceptos pobres surgen directamente de los tres pasos de la autorregulación:

Concernientes a la auto-observación. ¡Conócete a ti mismo! Asegúrate de que tienes una imagen precisa de tu comportamiento.

Concernientes a los estándares. Asegúrate de que tus estándares no están situados demasiado alto. No nos embarquemos en una ruta hacia el fracaso. Sin embargo, los estándares demasiado bajos carecen de sentido.

Concernientes a la auto-respuesta. Utiliza recompensas personales, no auto-castigos. Celebra tus victorias, no lidies con tus fallos. (29)

2.10.2. El Constructo de la Autoeficacia

La autoeficacia se define como *“los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento”* (Bandura, 1986). Estas creencias de eficacia ocupan un rol mediacional en el



funcionamiento humano actuando a modo de filtro entre las habilidades y logros anteriores del ser humano y su conducta subsiguiente (Zeldin, 2000). Para Bandura (1987) estas creencias de eficacia son mejores predictores de la conducta futura que las habilidades, los logros anteriores, o el conocimiento que el sujeto posea de la actividad a realizar, ya que la autoeficacia va a determinar que hace el sujeto con el conocimiento o las habilidades que posee (Valiante, 2000). Sin embargo, un funcionamiento competente requiere tanto precisión en las autopercepciones de eficacia como la posesión de habilidades reales y el conocimiento de la actividad a realizar, así como de los juicios del sujeto acerca de los resultados más probables que una conducta determinada producirá (expectativas de resultados). Todos estos componentes mantienen entre sí relaciones complejas que deben ser consideradas cada vez que se pretenda estudiar la utilidad predictiva de las creencias de autoeficacia.

La teoría social cognoscitiva establece que las personas que tienen un alto sentido de eficacia imaginan recompensas y éxitos, se forjan guías de acción y emplean mayores esfuerzos que otras para hacer frente a los retos. Esas personas generan expectativas de resultados favorables para sus acciones y cuanto más fuerte es su creencia de autoeficacia, más altas son esas expectativas.



Al conjunto de estos atributos y a su funcionamiento activo y dinámico es a lo que esa teoría llama “agencia humana” (30), las creencias de autoeficacia afectan el comportamiento humano de cuatro formas:

Primero, la autoeficacia influye en la elección de actividades y conductas. Las personas tienden a elegir y comprometerse en actividades en las cuales se consideran altamente eficaces y tienden a evitar aquellas en las cuales se consideran ineficaces.

Segundo, la autoeficacia determina cuanto esfuerzo invierten las personas en una actividad, como así también cuan perseverantes serán estas frente a los obstáculos que puedan presentarse.

La tercera forma mediante la cual la autoeficacia afecta al comportamiento humano es influyendo sobre los patrones de pensamiento y las reacciones emocionales. Las personas de baja autoeficacia, por ejemplo, pueden considerar a las actividades que deben realizar mucho más difíciles de lo que realmente son, lo cual les ocasionara un alto grado de estrés y ansiedad así como pensamientos negativos acerca de su posible desempeño. Un alto nivel de autoeficacia, por otra parte, brinda una mayor confianza y serenidad en el afrontamiento de tareas difíciles. La autoeficacia influye a su vez en las atribuciones causales



que el individuo realiza frente al éxito o al fracaso en las actividades.

La cuarta forma en la cual la autoeficacia afecta el comportamiento es permitiendo al sujeto ser un productor de su propio futuro y no un simple predictor. Aquellos sujetos que se perciben a sí mismos eficaces se imponen retos, intensifican sus esfuerzos cuando el rendimiento no es suficiente de acuerdo a las metas que se habían propuesto, experimentan bajos grados de estrés ante tareas difíciles y presentan una gran cantidad de intereses por actividades nuevas. La teoría de Albert Bandura se puede poner en práctica a través del sociodrama, radionovelas, historias narradas. Las personas aprenden de las consecuencias positivas o negativas de las acciones de los modelos de comportamientos; la autoeficacia es entonces un pensamiento autoreferente que se convierte en un mediador entre el conocimiento de una habilidad y su ejecución, la persona entonces debe sentirse capaz de ejecutar una acción o de adoptar una conducta. (30)

2.11. Teoría de Vigotsky

El medio social es crucial para el aprendizaje, lo que produce la integración de los factores social y personal. El



fenómeno de la actividad social ayuda a explicar los cambios en la conciencia y fundamenta una teoría psicológica que unifica el comportamiento y la mente. El entorno social influye en la cognición por medio de sus "instrumentos", es decir, sus objetos culturales (autos, máquinas) y su lenguaje e instituciones sociales (iglesias, escuelas). El cambio cognoscitivo es el resultado de utilizar los instrumentos culturales en las interrelaciones sociales de internalizarlas y transformarlas mentalmente. La postura de Vigotsky es un ejemplo del constructivismo dialéctico, porque recalca la interacción de los individuos y su entorno. Además considera el aprendizaje como uno de los mecanismos fundamentales del desarrollo. "La mejor enseñanza es la que se adelanta al desarrollo". La interacción social se convierte en el motor del desarrollo. Introduce además el concepto de "Zona de Desarrollo Próximo" que es la distancia entre el nivel real de desarrollo y el nivel de desarrollo potencial. Para determinar este concepto hay que tener presentes dos aspectos: la importancia del contexto social y la capacidad de imitación. Aprendizaje y desarrollo son dos procesos que interactúan. El aprendizaje se produce más fácilmente en situaciones colectivas.



La teoría habla también como el ser humano ya trae consigo un código genético o “Línea natural del desarrollo” también llamado código cerrado, la cual está en función de aprendizaje, en el momento que el individuo interactúa con el medio ambiente. No podemos decir que el individuo se constituye de un aislamiento. Más bien de una interacción, donde influyen mediadores que guían al individuo a desarrollar sus capacidades cognitivas. (31)

2.11.1. Interacción entre aprendizaje y desarrollo

Vigotsky sistematiza en tres, las posiciones teóricas respecto al aprendizaje y el desarrollo. Estas son:

1. Cuando los procesos de desarrollo del niño son independientes del aprendizaje: El aprendizaje se considera como un proceso puramente externo que no está complicado de modo activo en el desarrollo. Simplemente utiliza los logros del desarrollo en lugar de proporcionar un incentivo para modificar el curso del mismo.

El desarrollo o maduración se considera como una condición previa del aprendizaje pero nunca como el resultado del mismo.



2. Cuando el aprendizaje es desarrollo: Teorías como las basadas en el concepto del reflejo, esto es una reducción del proceso de aprendizaje a la formación de hábitos, identificándolos con el desarrollo.

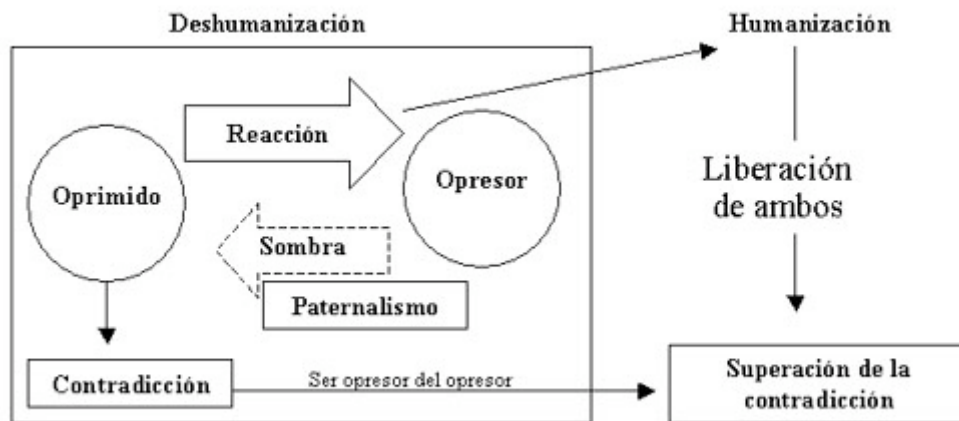
3. Cuando el desarrollo se basa en dos procesos distintos pero relacionados entre sí: Por un lado está la maduración, que depende directamente del desarrollo del sistema nervioso y por otro lado el aprendizaje, que a su vez, es también un proceso evolutivo.

El proceso de aprendizaje estimula y hace avanzar el proceso de maduración. El punto nuevo y más notable de esta teoría, según la perspectiva de Vigotsky es que se le atribuye un extenso papel al aprendizaje dentro del desarrollo del niño.

2.12. Teoría de Paulo Freire, el último gran pedagogo

A menudo se señala a Freire como entre los últimos pedagogos que han analizado la problemática educativa desde un punto de vista integral. La propuesta de Paulo Freire se alinea en la crítica ideológica al sistema capitalista y establece las bases para una educación al servicio de la liberación revolucionaria.

Freire señala la "deshumanización" como consecuencia de la opresión. Esta, afecta no solamente a los oprimidos sino también a aquellos que oprimen.

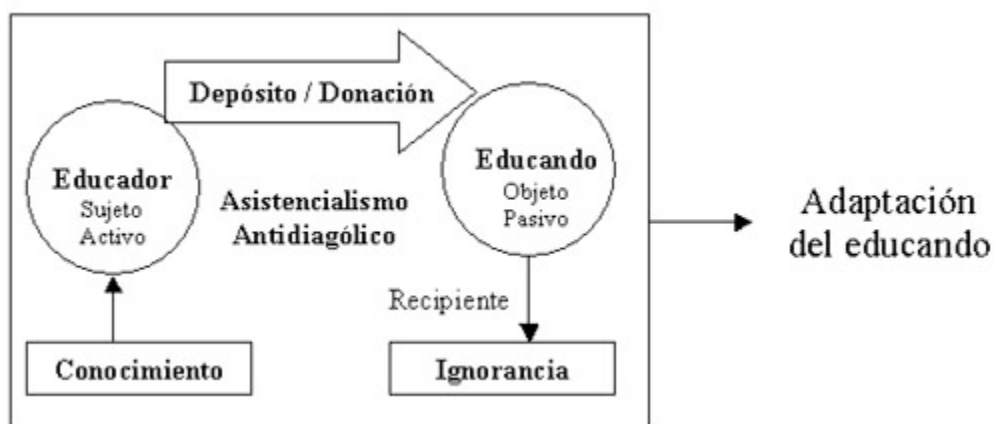


La violencia ejercida por los opresores, tarde o temprano, genera alguna reacción por parte de los oprimidos, y estos, generalmente anhelan convertirse en opresores de sus ex - opresores. Sin embargo, los oprimidos tienen para sí el desafío de transformarse en los restauradores de la libertad de ambos.

Los oprimidos son descriptos por Freire como seres duales que, de algún modo "idealizan" al opresor. Se trata pues, de una contradicción: en vez de la liberación, lo que prevalece es la identificación con el contrario: es la sombra testimonial del antiguo opresor. Ellos temen a la libertad porque ésta les exigirá ser autónomos y expulsar de sí mismos la sombra de los opresores. De esta forma, debería

nacer un hombre nuevo que supere la contradicción: ni opresor ni oprimido: un hombre liberándose.

En la educación bancaria la contradicción es mantenida y estimulada ya que no existe liberación superadora posible. El educando, sólo un objeto en el proceso, padece pasivamente la acción de su educador.



En la concepción bancaria, el sujeto de la educación es el educador el cual conduce al educando en la memorización mecánica de los contenidos. Los educandos son así una suerte de "recipientes" en los que se "deposita" el saber.

El educador no se comunica sino que realiza depósitos que los discípulos aceptan dócilmente. El único margen de acción posible para los estudiantes es el de archivar los conocimientos.

El saber, es entonces una donación. Los que poseen el conocimiento se lo dan a aquellos que son considerados



ignorantes. La ignorancia es absolutizada como consecuencia de la ideología de la opresión, por lo cual es el otro el que siempre es el poseedor de la ignorancia.

De este modo, a mayor pasividad, con mayor facilidad los oprimidos se adaptarán al mundo y más lejos estarán de transformar la realidad.

De este modo, la educación bancaria es un instrumento de la opresión porque pretende transformar la mentalidad de los educandos y no la situación en la que se encuentran

Freire señala sin embargo, que incluso una educación bancaria puede despertar la reacción de los oprimidos, porque, aunque oculta, el conocimiento acumulado en los "depósitos" pone en evidencia las contradicciones. No obstante, un educador humanista revolucionario no debería confiarse de esta posibilidad sino identificarse con los educandos y orientarse a la liberación de ambos.

Pero tanto el educador como los educandos, así como también los líderes y las masas, se encuentran involucrados en una tarea en la que ambos deberían ser sujetos. Y no se trata tan solo de descubrir y comprender críticamente sino también de recrear el conocimiento. De esta manera, la presencia de los oprimidos en la búsqueda de su liberación deberá entenderse como compromiso. (32)



2.13. ¿Las intervenciones modifican las conductas?

Los estudios considerados de mayor calidad (en evaluación e intervención), se consideran si son de cuatro o más sesiones, muestras grandes y largos períodos de seguimiento para conseguir cambios en la conducta.

Las actitudes también se modifican con las intervenciones, aunque de forma menos intensa que los conocimientos y a veces de forma selectiva en subpoblaciones. Las intervenciones basadas en modelos teóricos comportamentales modifican mejor las actitudes que las que no los mencionan siquiera; el cambio de actitudes también parece relacionarse positivamente con el número de sesiones.

La intención de conducta y la autoeficacia se revelan buenas herramientas para la evaluación de resultados. Un tamaño muestral superior a 500 individuos, la disponibilidad de datos pre y post intervención, la existencia de grupo control, la equivalencia de grupos, la asignación aleatoria o control en el análisis, el tiempo entre la medida pre y la postintervención de tres meses o más, la utilización de un modelo teórico de conducta y el número de sesiones superior a cuatro; aseguran la máxima calidad del estudio, cuando éste se refiere a prácticas.



2.13.1. Calidad de la intervención para prevención del VIH/SIDA:

Los estudios de calidad alta son aquellos que en la intervención cuentan con el respaldo de una teoría de cambio conductual y un mínimo de cuatro sesiones, si cumplen un criterio se asegura una mejor calidad y si no cumple ninguno, será de baja calidad. Las intervenciones deben dar mensajes claros y constantes de cambios de conducta y debe medirse las intenciones de conducta, lo que se facilita a través de la escala de autoeficacia. (14)

Además las intervenciones son de mayor calidad si son dictadas por una persona con experiencia en el campo educativo de prevención, si se cuenta con material de apoyo, si la intervención es interactiva y si la permanencia en el aula es superior a 30 minutos.

Un estudio realizado en Brasil detectó y analizó los obstáculos y dificultades para llevar a cabo consistentemente prácticas de sexo seguro entre jóvenes, como parte de la evaluación de un taller sobre sexualidad y SIDA en una escuela nocturna de Sao Paulo. A través de la construcción y actuación colectiva de “escenas sexuales”, que eran historias reales sobre relaciones sexuales aportadas por los participantes, se hizo evidente que la desigualdad de género es un elemento clave en la



imposibilidad de negociar prácticas de sexo seguro. Asimismo, en las condiciones materiales que estructuran las oportunidades de tener relaciones sexuales, como son los encuentros apresurados y clandestinos en lugares públicos y el costo de cada condón (aproximadamente un dólar), el SIDA fue mencionado como uno más de los riesgos que los jóvenes corren cotidianamente. Por otro lado, la descripción que los jóvenes hicieron de los servicios de salud fue sumamente negativa, de modo que no acudían a ellos por temor al estigma, el maltrato y la burla. La evaluación de la “escena sexual” arroja datos positivos como un método que fomenta la conciencia entre algunos grupos sociales, y como medio para que enfrenten y cuestionen las barreras personales y estructurales con las que chocan cuando deciden tener prácticas de sexo seguro.

La importancia de otros costos sociales por encima del temor a la infección por VIH fue documentada también por un estudio cualitativo realizado con jóvenes de Sri Lanka, quienes mostraron mayor preocupación por la pérdida de la virginidad, de posibilidades de matrimonio, por el embarazo y la pérdida de la reputación frente a la familia, que frente al riesgo de infección por VIH, a pesar de tener suficientes conocimientos al respecto. Estas normas culturales parecen haber protegido relativamente a los jóvenes de Sri



Lanka pues parecen favorecer actividades no penetrativas vaginales, pero hay evidencias de comportamientos de riesgo que no desafían estos cánones morales como el sexo anal, la utilización de sexo comercial, sexo entre hombres y penetración parcial del pene en la vagina. En todo caso, los tres estudios insisten en la necesidad de que las intervenciones preventivas sean más abarcativas que el solo trabajo sobre VIH/SIDA, pues las conductas de riesgo de las poblaciones vulnerables se inscriben en contextos más amplios que las determinan.

Los modelos de información, educación y comunicación difunden y hacen del conocimiento de la población la existencia y los mecanismos de transmisión del VIH, pero en general no han resultado en un cambio de comportamientos de riesgo, pues no existe una relación unilateral entre conocimiento, creencias y conductas. En una revisión de las estrategias de prevención y control del SIDA en México, Sepúlveda afirman que “las campañas masivas no cambian de manera importante los comportamientos, pero son útiles para mantener un estado de alerta y para crear el clima que haga aceptable otro tipo de intervenciones más puntuales y específicas”. Asimismo, los autores aseguran que “es indispensable desarrollar



intervenciones que toquen aspectos más profundos de los individuos a los que se quiere llegar”. Estos aspectos profundos implican la comprensión de los contextos de la sexualidad, a nivel emocional, social, cultural y económico. (33)

2.14. Las encuestas CAPs (Conocimientos, actitudes y prácticas) por si solas permiten:

- Establecer un sistema de alerta temprana que advierte los peligros emergentes o cambios en los comportamientos de riesgo.
- Revelar las lagunas en la información y los conocimientos acerca de las ITS y VIH/SIDA que pueden ser cubiertas con intervenciones.
- Identificar segmentos de la población que por su conducta se encuentran especialmente expuestos a contraer las ITS y la infección por el VIH.
- Datos sobre públicos específicos para complementar la información de las encuestas de la población en general.
- Comparaciones y ofrecen un grado de homogenización que suele estar ausente cuando los datos los recopilan una variedad de organismos diferentes.



La presencia del VIH-SIDA en el Ecuador requiere de acciones concretas: en julio de 2006 se promulgó un acuerdo ministerial que prohíbe todo tipo de discriminación en el sector laboral, en mayo de 2007 se presentó al país un Plan Estratégico Nacional Multisectorial, en el 2008 se cuenta con una normativa que garantiza el respeto a los derechos humanos y procura políticas y acciones para detener la epidemia.



CAPITULO III

3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

3.1. HIPÓTESIS

Los conocimientos sobre ITS y VIH/SIDA, las actitudes inadecuadas y prácticas de riesgo pueden modificarse con una intervención educativa diseñada para el efecto.

3.2. OBJETIVOS

3.2.1. Objetivo General:

- Evaluar y modificar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los estudiantes de la Universidad de Cuenca de la Facultad de Psicología Educativa sobre ITS y VIH/SIDA.

3.2.2. Objetivos específicos

- Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los estudiantes de la Universidad de Cuenca de la Facultad Psicología Educativa sobre ITS, y auto eficacia en prevención del SIDA a través de la aplicación de un cuestionario antes de la intervención educativa.
- Realizar una intervención educativa basada en las Teorías cognitivas y cognoscitivo social de Albert Bandura, Ausubel y Vigotsky. para modificar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los



estudiantes de la Universidad de Cuenca de la Facultad de Psicología Educativa sobre ITS y VIH/SIDA.

- Determinar y Comparar los conocimientos, actitudes, prácticas y autoeficacia en prevención del SIDA que tienen los estudiantes de la Universidad de Cuenca de la Facultad de Psicología Educativa sobre ITS y VIH/SIDA después de la intervención educativa por medio de los PRECAPS.



CAPÍTULO IV

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de estudio:

Se realizó un estudio analítico cuasi experimental sin grupo control sobre los conocimientos, actitudes y prácticas en relación a ITS y VIH- SIDA que tienen los estudiantes de la Universidad de Cuenca de la Facultad de Psicología Educativa.

4.2 Universo y Muestra:

Universo: estuvo conformado por 355 estudiantes de la Facultad de Psicología Educativa de la Universidad de Cuenca.

Muestra: para la obtención de la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

$S = Z \times Z [CP (1-P) / D \times D]$, mediante el programa EPIINFO.

Z= Puntuación Estándar; P= Porcentaje de personas que conocen el tema; D= Intervalo de error aceptado (5%).

Obteniéndose los siguientes valores: Universo 355 estudiantes.

Prevalencia 10% (Valor obtenido de acuerdo a un estudio realizado por Janett Miranda, consultora para



Universidades en el proyecto VIH – SIDA, publicado en la revista Capital. Junio 2008). Intervalo de Confianza (IC) 99.9% y muestra de 89 personas escogidas al azar de la Facultad de Psicología Educativa en la Educación en la Universidad de Cuenca.

La muestra estuvo conformado por un total de 89 estudiantes que conforman el Octavo Ciclo A de Educación Inicial, el Octavo Ciclo B de Educación Básica y Octavo Ciclo A de Orientación Profesional de la Facultad de Psicología Educativa en la Universidad de Cuenca.

Debido a que no todos los estudiantes pasaron de ciclo el estudio se realizó antes de la intervención con 89 alumnos de Séptimo Ciclo de la Escuela de Psicología Educativa que conformó el grupo intervenido, y para la postintervención, el grupo estuvo conformado por 78 alumnos de Octavo Ciclo de la Facultad de Psicología Educativa, los faltantes perdieron el ciclo y otros faltaron por motivos desconocidos.

4.3. Área de estudio:

El estudio se realizó en la provincia del Azuay con estudiantes de la Universidad de Cuenca en la Facultad Psicología Educativa. La misma que en el transcurso del



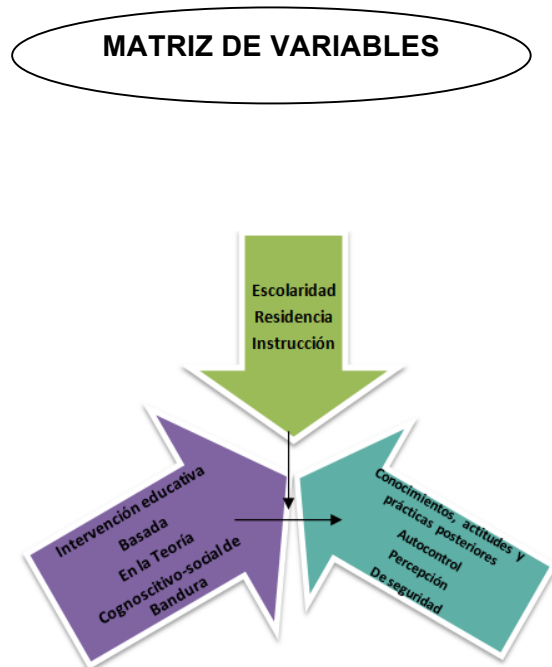
año en el que se realizó el estudio paso a independizarse como Facultad ya que antes era parte de la Facultad de Filosofía, Artes y Ciencias de la Educación, la cual fue fundada el 18 de octubre de 1867 con una orientación humanística que contempla los estudios de: filosofía, historia y literatura. En la actualidad los estudios tienen la duración de cuatro años: un ciclo de comunes y tres años y medio de especialización, la facultad ofrece las carreras de: Filosofía, Investigación y Educación en Valores; Historia y Geografía; Lengua, Literatura en Español y Lenguajes Audiovisuales; Lengua y Literatura en Inglés; Secretariado Superior Bilingüe; Ciencias de la Comunicación; Psicología y Pedagogía; Educación Temprana; Matemáticas y Física; Química y Biología; Cultura Física.

El aporte de la facultad ha sido fundamental para el desarrollo cultural y educativo de la región y el país. Ha llevado a cabo dos encuentros sobre Filosofía y ha abierto licenciaturas en Educación Primaria, Lingüística Andina y Educación Bilingüe; así como una licenciatura en Cine y Audiovisuales.

La Facultad de Psicología Educativa, se encuentra ubicada en el edificio principal de la Universidad de Cuenca, situado

en la avenida 12 de Abril s/n ciudadela universitaria.
Cuenca/Azuay. (34)

4.4. Plan de Análisis:



4.4.1 Operacionalización de las Variables (Anexo1)

4.5. Procedimientos, Técnicas e Instrumentos:

4.5.1 Solicitud de permiso a las autoridades de la Facultad:

En el mes de enero, se solicitó el permiso correspondiente a las autoridades de la Facultad de Psicología dirigido al decano.



Las autoridades concedieron el permiso para la realización del todo el estudio tanto para la aplicación de los Precaps, las intervenciones educativas, y por último la aplicación del Poscaps. Se adquirió entonces el compromiso de que una vez concluido la recepción de datos con la aplicación de los cuestionarios y el análisis de los mismos se dé a conocer los resultados obtenidos en el estudio.

4.5.2 Descripción de los Instrumentos de medición:

Se utilizaron dos instrumentos de medición:

4.5.2.1.El primer instrumento: es una encuesta de valoración de CAPs mide conocimientos, actitudes y prácticas sobre las infecciones de transmisión sexual, es un instrumento validado y aplicado en un estudio realizado en la ciudad de la Habana, en Cuba, por Fatjo Aymee, del Instituto de Medicina Tropical Pedro Kouri.

4.5.2.2. Validación del primer instrumento: el primer instrumento fue validado por Aymee Fatjo; por medio de consenso de expertos y para cumplimentar su validez, se sometió a la técnica de repetición del test utilizando como medida el coeficiente de correlación lineal entre las dos aplicaciones del test, considerándose bueno porque se obtuvo un resultado de 0.94.



Para las variables de conocimientos y actitudes, los conocimientos se relacionan con mayores puntuaciones. Para las variables de prácticas la mayor puntuación se relaciona con prácticas de riesgo, o malas prácticas.

4.5.2.3. El segundo instrumento: corresponde a la escala de autoeficacia basada en la Teoría de Albert Bandura, mide el nivel de seguridad, fue validado por Fuensanta López Rosales, José Moral de la Rubia, del Centro de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la UNAM.

4.5.2.4. Validación del segundo instrumento:

La escala de autoeficacia está conformada de varias subescalas reconociéndose tres subescalas: A, B y C.

Los autores mexicanos validaron por una confiabilidad de ST, por la α de Cronbach, alta con un valor de 0.89, y muy próxima al esperado de 0.91. Resultando todos los elementos discriminatorios con una correlación significativa ($p < 0.01$) con el resto de la escala que oscila de 0.284 a 0.654. (35)

4.6. Descripción del Cuestionario: (Anexo2)

Ambos instrumentos de medición CAPs y escala de autoeficacia se integraron en un solo cuestionario; el mismo



que fue aplicado siguiendo la técnica de encuesta administrada.

4.6.1. Secciones del cuestionario: las secciones del cuestionario aplicado a los Estudiantes de la Facultad de Psicología Educativa de la Universidad de Cuenca.

Sección I

Identificación del cuestionario

Sección II

Variables sociodemográficas del encuestado

Sección III

Preguntas de conocimientos sobre ITSs

Sección IV

Preguntas de actitudes

Sección V

Preguntas de prácticas

De la sección III hasta la sección V constituyeron el primer instrumento de medición, es decir de conocimientos, actitudes y prácticas sobre ITSs; cada pregunta cómo puede constatarse en el anexo I tiene varios ítems, son preguntas cerradas, a cada ítem de cada pregunta el encuestado contestó sí o no; de esta forma ninguna pregunta quedó sin ser contestada. Cada posibilidad de



respuesta fue previamente codificada para facilitar la tabulación de los datos.

Sección VI

Esta sección correspondió al segundo instrumento de medición, es decir, a la escala de autoeficacia para prevenir el SIDA, recoge preguntas de intención. (36)

4.6.2. Descripción de las secciones III-IV-V del cuestionario:

Variables de conocimientos:

- ♣ Infecciones de transmisión sexual que conoce.
- ♣ Transmisión de estas infecciones.
- ♣ Manifestaciones clínicas de las ITS.
- ♣ Curación de las ITS/VIH/SIDA.

Variables de actitudes:

- ♣ Actitud ante el nivel de atención médica de estas infecciones.
- ♣ Actitud ante una ITS.
- ♣ Prevención de las ITS.
- ♣ Actitud ante relaciones sexuales con desconocidos o pocos conocidos.

Variables de prácticas:

- ♣ Parejas en los 12 últimos meses: cuantas.
- ♣ Práctica sexual: Homosexual, heterosexual, bisexual.



- ♣ Hábito sexual: Anal, oral, genital.
- ♣ Portador de una ITS en alguna ocasión: mencionarla.
- ♣ Conversar con su pareja sobre el tema.
- ♣ Relaciones sexuales embriagado o bajo los efectos de drogas.
- ♣ Uso del condón:
 - Siempre: cuando su uso es en todas las relaciones sexuales.
 - Ocasionalmente: cuando su uso está presente en alguna de sus prácticas sexuales.
 - Nunca: cuando no forma parte de sus prácticas sexuales.
- ♣ Razones por lo que no lo usa:
 - Disminuye la sensibilidad.
 - No sabe utilizarlo.
 - Pena negociarlo con la pareja.
 - Vergüenza adquirirlo en la farmacia.
 - Pareja estable.
- ♣ Relaciones sexuales con desconocidos:
 - Uso del condón en estas relaciones:
 - Siempre: cuando su uso es en todas las relaciones sexuales.
 - Ocasionalmente: cuando su uso está presente en alguna de sus prácticas sexuales.



- Nunca: cuando no forma parte de sus prácticas sexuales. (37)

Estas variables sobre conocimientos, actitudes y prácticas fueron evaluadas según una escala de puntuación:

- Con las variables que van de la pregunta 7 a la pregunta 14: puntuación que pretende medir los conocimientos y las actitudes, esta osciló en un rango entre 12 y -6 puntos (ver clave de calificación).
- Con las variables que van de la pregunta 17 a la 26: puntuación que pretende evaluar las prácticas, esta osciló en un rango entre 10 y 0 puntos (ver clave de calificación).

4.6.3. La sección VI del formulario:

Correspondió a la escala de autoeficacia, siguiendo la teoría de Albert Bandura, para prevenir el SIDA con 27 preguntas de intención.

La subescala A incluye preguntas sobre seguridad de decir no a las relaciones sexuales frente a circunstancias diversas; la subescala B incluye seguridad o no de preguntar a la novia sobre relaciones sexuales previas, uso de drogas, experiencia homosexual, discutir sobre SIDA y



la subescala C incluye preguntas sobre la seguridad en el uso del preservativo, abstinencia sexual, fidelidad, confianza con los padres.

Para el análisis se tomó en cuenta el nivel de mayor seguridad de la escala.

4. 7. Como se procedió a recolectar los datos:

El cuestionario fue llenado por los estudiantes antes de la intervención educativa y 3 meses después de la misma, la aplicación fue directa con la presencia de los investigadores, lo que facilitó responder dudas y aclarar las preguntas del cuestionario.

El tiempo en responder fue de aproximadamente 60 minutos; la intervención se inició la primera semana del mes de marzo. La recolección de la información se realizó a través de un cuestionario que se diseñó para esta investigación y que aclara brevemente al encuestado los objetivos de la investigación, previamente se le pidió al encuestado, su consentimiento informado para participar en el mismo que implicó su autorización formal a través de su firma.

4.8. De la intervención educativa:

La intervención educativa se realizó en las aulas de la Facultad de Psicología Educativa se programaron seis



sesiones con duración de una hora cada una. Las charlas fueron interactivas con la participación de los estudiantes, quienes podían exponer sus dudas.

Para las sesiones el total de estudiantes (n=89) de la Facultad de Psicología Educativa de la Universidad de Cuenca.

4.8.1 Las cuatro primeras sesiones consistieron en: (ver CD adjunto)

- Analizar la definición de sexualidad sana, abarcando los conceptos de la OMS, una descripción de la anatomía genital masculina y femenina: presentación en Power Point.
- Descripción de las ITS con signos, síntomas: presentación en PowerPoint.
- Prevención de las ITS: el uso correcto del preservativo, fidelidad y abstinencia: presentación en PowerPoint.
- Exposición de varios videos sobre VIH/SIDA, uso correcto del preservativo, etc.

4.8.2 Las dos sesiones últimas consistieron en:

El análisis de historias narradas:



Para el análisis se conformaron grupos de 10 estudiantes, designándose un expositor por cada grupo. Se asignó el tiempo de 15 minutos para la lectura y análisis de la historia a cada grupo.

A los quince minutos el expositor de cada grupo leyó el análisis que hizo el grupo y las conclusiones a las que cada grupo llegó.

El análisis de las historias narradas permitió, a los participantes expresar como manejarían las situaciones presentadas en las historias; a manera de ensayos cognitivos con el fin de fortalecer la autoeficacia.

Al finalizar la sexta sesión se entregó a cada uno de los estudiantes un manual de las ITSs elaborado por la autora (leer folleto impreso adjunto).

Se elaboró una gigantografía que contenía fotografías de las lesiones producidas por las infecciones de transmisión sexual que fue exhibida en cada curso al momento de las intervenciones, lugar en donde se dictaron las charlas con la presencia de los Docentes a cargo del grupo.

4.8.3. Materiales utilizados:

4.8.3.1. Recursos Materiales:

Formularios entregados a los estudiantes para la recolección de datos



- Las charlas se expusieron con la ayuda del computador y un proyector INFOCUS para las presentaciones en PowerPoint. (Ver información en CD adjunto).
- Videos descargados de internet.
- Fotocopias de dos historias narradas. (Anexo 4)
- Manual de prevención de las ITSs.
- Videos descargados de internet.
- Esferográficos entregados a todos los estudiantes.
- Gigantografía.

En cada sesión estuvieron presentes Docentes de la Facultad de Psicología Educativa, quienes mantuvieron la disciplina de los estudiantes debido a que por tratarse de personas jóvenes con personalidades características de esta edad y tomando en cuenta que muchos de los mismos tienen edades similares a las nuestras se predisponía a falta de atención, compromiso y seriedad principalmente en las intervenciones realizadas con contenido relacionado al tema en estudio.

Los equipos (Proyector, CPU) fueron facilitados por la Facultad de Ciencias Medicas de la Escuela de Medicina. Se aplicó el mismo cuestionario a los 3 meses de realizada la intervención educativa, debido a que en este tiempo se plantea la posibilidad de que los conocimientos, las



actitudes y las practicas varíen de alguna manera significativa sobre VIH/SIDA e ITS.

4.9. Análisis Estadístico:

La información fue recolectada en el cuestionario (Anexo 2), con la misma se elaboró la base de datos en el programa SPSS 15.0 para Windows.

Se realizó contraste de hipótesis Preintervención y Posintervención por medio de la prueba T para muestras relacionadas de conocimientos, actitudes y prácticas.

La escala de autoeficacia fue analizada tomando en cuenta el nivel de seguridad de muy seguro o total seguro de la misma; aplicando la prueba chi cuadrado.

Se aplicó además la prueba chi cuadrado para el instrumento de conocimientos, actitudes y prácticas.

Los cuadros y gráficos se realizaron en el programa Excel.

4.10. Normas éticas: se guardó cuidado en el procedimiento ético solicitando a los estudiantes que llenaran el documento de consentimiento informado. (Anexo 3)



4.11. Recursos humanos y técnicos:

Se contó con el permiso y la colaboración correspondiente de las Autoridades y Docentes de la Facultad de Psicología, previa una solicitud realizada en el mes de febrero.

Los Docentes a cargo de los grupos estuvieron presentes en las sesiones y durante la encuesta directa.

Los investigadores quienes en todo el proceso del estudio estuvieron al frente del mismo proporcionando información del tema, aclarando dudas al respecto y siendo parte activa del mismo.



CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

El estudio se realizó en 89 estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad de Cuenca en la ciudad de Cuenca que constituyeron el grupo de intervención.

5.1 Tabla Base

Se elaboró una tabla base para comparación de grupos tomando en cuenta las variables sociodemográficas incluidas en el cuadro No 1, el grupo fue comparado por estas variables antes y después de realizada la intervención educativa.

El total de alumnos en los que realizamos la intervención fue 89, se perdieron 11 estudiantes en la posintervención esto no tuvo impacto negativo en los resultados, puesto que se calcularon las pérdidas al momento de obtener la muestra; 77 estudiantes que corresponde al 86.5% tuvieron entre 20 a 25 años; 74 (83.1%) son mujeres, y 15 fueron varones (16.9%), esto se debe al aumento de la población femenina en la universidad, siendo un reflejo importante hoy en día de los espacios ganados por las mujeres en la



lucha de conseguir una equidad de género humanista y real en un mundo que mantiene una sociedad machista. La mayoría de los estudiantes fueron solteros en un total de 68 (76.4%); un gran porcentaje de estudiantes pertenecen a la religión católica en un total de 80 (89.9%); la mayoría de estudiantes son procedentes de aéreas urbanas 72(80.9%) debido al nivel de formación y accesibilidad de los mismos a la educación superior, demostrando así la falta de equidad en oportunidades para la formación de futuros profesionales en las zonas rurales con respecto a las urbanas en la que está involucrado aspectos de tipo políticos, sociales y culturales. (Ver cuadro N°1)



Cuadro N°1

Distribución de la muestra: edad, sexo, estado civil, religión y procedencia. En los estudiantes del Octavo Ciclo de la Facultad de Psicología de la Universidad Cuenca 2009.

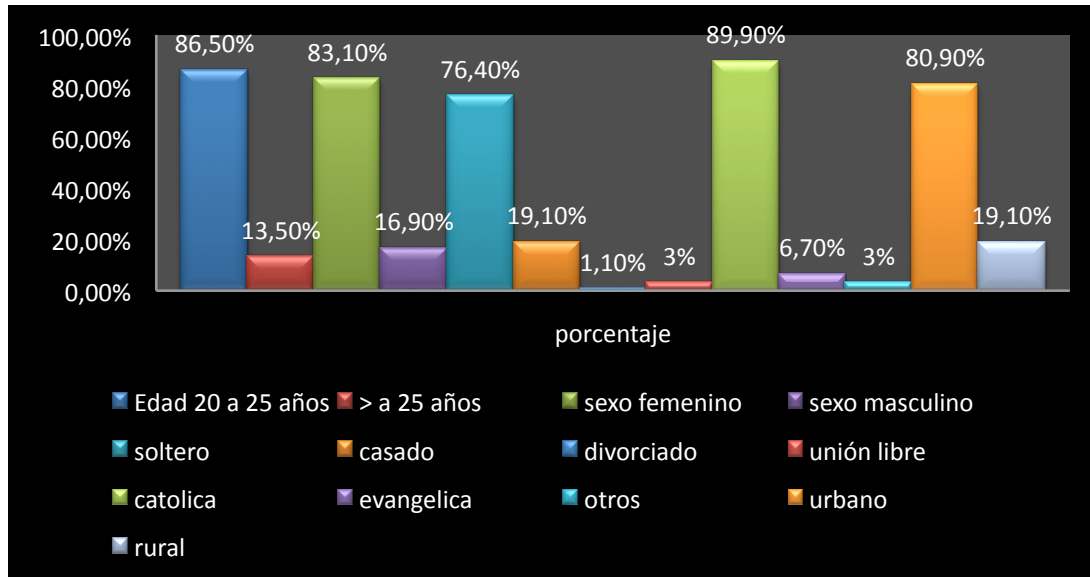
CÓDIGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PREINTERVENCIÓN	89	54,9%
GRUPOS DE EDAD		
20 a 25 años	77	86,5%
mayor de 25	12	13,5%
Total	89	100,0%
GENERO		
Femenino	74	83,1%
Masculino	15	16,9%
Total	89	100,0%
ESTADO CIVIL		
Soltero	68	76,4%
Casado	17	19,1%
Divorciado	1	1,1%
Unión libre	3	3,4%
Total	89	100,0%
RELIGIÓN		
Católica	80	89,9%
Evangélica	6	6,7%
Otros	3	3,4%
Total	89	100,0%
PROCEDENCIA		
Urbano	72	80,9%
Rural	17	19,1%
Total	89	100,0%

Fuente: Formulario de investigación

Elaboración: Autores.

Grafico N°1

Gráfico sobre variables socio demográficas en los estudiantes del Octavo Ciclo de la Facultad de Psicología Educativa de la Universidad de Cuenca 2009



Fuente: Formulario de investigación

Elaboración: Autores.

Podemos observar que la mayoría de la población estudiada, pertenece a la zona urbana, al sexo femenino, se encuentran entre los 20 a 25 años, en cuanto al estado civil son solteros y pertenecen a la religión católica en su gran mayoría.



5.2. Resultados antes y después de la intervención educativa:

5.2.1. Resultados en porcentaje de conocimientos, actitudes y prácticas antes y después de la intervención.

En conocimientos acerca de las ITS se logró un incremento significativo luego de la intervención. En relación a Condilomas con un 26.9% en el pos intervención y 5.6% en pre intervención. En cuanto a Clamidia incrementó de 6.7% a 24.4% en la pos intervención. Siendo el promedio de conocimientos obtenidos de 0.0001 en la investigación, demostrando así que con respecto al conocimiento los resultados fueron significativos, no así para el resto de enfermedades que constan en el estudio.

Con respecto a conocimientos en cómo se manifiestan estas ITS se obtuvo un incremento porcentual luego de la intervención en relación: al dolor en vientre bajo de 24.7% a 78.2%, y un valor de p de 0.0001; secreción genital de 73% en a 93.6% siendo el promedio de 0.0001; verrugas genitales de 66.3% a 92.3% con un valor de p de 0.0001; manchas en la piel de 61.8% a 84.6%, siendo significativo con 0,001; inflamación de ganglios de 55.1% a 76.9%, cuyo promedio es 0,003. El promedio general de conocimientos,



luego de la intervención no es significativo con 0,268. (Ver cuadro N°2)

Cuadro N° 2

Conocimientos de los estudiantes del Octavo Ciclo de la Universidad de Cuenca en la Facultad de Psicología Educativa sobre ITS y VIH-SIDA antes y después de la intervención. Cuenca 2009

Conocimientos	Pre Intervención(89) N %	Pos Intervención(78) N %	Significancia (Valor de p)
Condilomas	5 (5,6%)	21(26,9%)	0.0001
Herpes	78(87,6%)	73(93,6%)	0.192
Sífilis	65(73,0%)	62(79,5%)	0.330
Sida	87(97,8%)	78(100,0%)	0.183
Gonorrrea	73(82,0%)	73(93,6%)	0,024
Tricomonas	73(82,0%)	73(93,6%)	0,135
Clamidias	6(6,7%)	19(24,4%)	0,001
Otras	6(6,7%)	8(10,3%)	0,414
Sin Penetración	76(85,4%)	65(83,3%)	0,714
Con Penetración	85(95,5%)	76(97,4%)	0,504
Transfusión	80(89,9%)	74(94,9%)	0,230
Madre Infectada	72(80,9%)	63(80,8%)	0,983
Beso o Sudor	6(6,7%)	4(5,1%)	0,661
Otras	11(12,4%)	3(3,8%)	0,048
Dolor en Vientre Bajo	22(24,7%)	61(78,2%)	0,0001
Secreción por los genitales	65(73,0%)	73(93,6%)	0,0001
Verrugas en los genitales	59(66,3%)	72(92,3%)	0,0001
Manchas en la Piel	55(61,8%)	66(84,6%)	0,001
Inflamación de Ganglios	49(55,1%)	60(76,9%)	0,003
Otras	16(18,0%)	14(17,9%)	0,996
Sífilis	69(77,5%)	54(69,2%)	0,225
Condiloma	31(34,8%)	43(55,1%)	0,008
Blenorragia	62(69,7%)	50(64,1%)	0,446
Clamidias	26(29,2%)	30(38,5%)	0,207
Sida	2(2,2%)	1(1,3%)	0,639
Tricomoniasis	21(32,6%)	31(39,7%)	0,025

Fuente: Formulario de investigación **Elaboración:** Autores.



En relación con las actitudes: mejora la actitud hacia acudir a un hospital del 74.2% en la pre intervención al 84,6%, en la pos intervención, visitar a un médico de familia con 59.6% en la pre intervención y la pos intervención con 66.7%; prestar ayuda de 74.2% a 78.2%; uso del preservativo de 59.6% a 66.7%. El promedio general con relación a las actitudes es 0.223 lo cual no es significativo. (Ver cuadro N° 3)



Cuadro N°3

Actitudes de los estudiantes del Octavo Ciclo de la Facultad de Psicología Educativa en la Universidad de Cuenca sobre ITS y VIH-SIDA antes y después de la intervención. Cuenca 2009.

Actitudes	Pre Intervención(89) N %	Pos Intervención(78) N %	Significancia (Valor de p)
Hospital	66(74,2%)	66(84,6%)	0,098
Médico	53(59,6%)	52(66,7%)	0,342
Farmacia	3(3,4%)	5(6,4%)	0,359
Amigo	14(15,7%)	8(10,3%)	0,297
Padres	69(77,5%)	53(67,9%)	0,164
Otras	11(12,4%)	6(7,7%)	0,320
Alejarse	2(2,2%)	3(3,8%)	0,545
Ayudar	66(74,2%)	61(78,2%)	0,541
Aprendió	0(0,0%)	1(1,3%)	0,284
Edad	0(0,0%)	1(1,3%)	0,284
Médico	79(88,8%)	65(83,3%)	0,310
Conocimientos	87(97,8%)	72(92,3%)	0,100
No Tener Relaciones	14(15,7%)	17(12,8%)	0,315
Fidelidad	79(88,8%)	69(88,5%)	0,951
Escoger bien la pareja	60(67,4%)	55(70,5%)	0,666
Usar Condón	76(85,4%)	71(91,0%)	0,263
Relaciones sin Penetración	7(7,9%)	2(2,6%)	0,130
Condón	80(89,9%)	67(85,9%)	0,428
Lavarse los Genitales	36(40,4%)	27(34,6%)	0,438
Médico	74(83,1%)	67(85,9%)	0,625
No relaciones con			



desconocidos	60(67,4%)	51(65,4%)	0,781
---------------------	------------------	------------------	--------------

Fuente: Formulario de investigación **Elaboración:** Autores.

En prácticas se observó en la un incremento en relación, con cuantas personas (1 y 2 personas) ha tenido relaciones, lo cual es negativo debido a que el puntaje mayor en prácticas se relaciona con prácticas negativas; en cuanto a sexo oral disminuyó de 27% a un 23.1% en la pos intervención; sexo anal disminuyo de 15.7% a 7.7% lo cual es positivo porque existe menor riesgo. Mejoró también la valoración del uso del preservativo en las relaciones habituales de 27.4% a 32.1% (usa siempre); como en las fortuitas de 30 % a 37% en la pos intervención. En general el promedio es 0.6495 lo cual no es significativo. (Ver cuadro N° 4)



Cuadro N°4

Prácticas de los estudiantes del Octavo Ciclo de la Universidad de Cuenca de la Facultad de Psicología sobre ITS y VIH-SIDA antes y después de la intervención. Cuenca 2009

Prácticas	Recuento	Pre Intervención(N:89) N %	Pos Intervención(N:78) N %	Significancia (Valor de p)
Cuántas Personas	1	51(81,0%)	43(82,7%)	0,934
	2	5(7,9%)	5(9,6%)	
	3	4(6,3%)	2(3,8%)	
	4	1(1,6%)	1(1,9%)	
	5	1(1,6%)	0(0,0%)	
	6	1(1,6%)	1(1,9%)	
Mismo Sexo		5(5,6%)	6(7,7%)	0,590
Sexo Contrario		59(66,3%)	48(61,5%)	0,523
Ambos Sexos		89(100,0%)	78(100,0%)	.
Sexo Oral		24(27,0%)	18(23,1%)	0,563
Sexo Anal		14(15,7%)	6(7,7%)	0,110
Coito Genital		61(68,5%)	52(66,7%)	0,796
Padeció ITS		2(2,2%)	1(1,3%)	0,639
Conversa		54(60,7%)	47(60,3%)	0,956
Embriaguez		24(27,0%)	24(30,8%)	0,588
Uso	Siempre	17(27,4%)	17(32,1%)	0,445
Habitual				
	Ocasional	23(37,1%)	23(43,4%)	
	Nunca	22(35,5%)	13(24,5%)	
Desconocidas		13(14,6%)	12(15,4%)	0,888
Fortuitas	Siempre	15(30,0%)	17(37,0%)	0,762
	Ocasional	9(18,0%)	7(15,2%)	
	Nunca	26(52,0%)	22(47,8%)	



Fuente: Formulario de investigación.

Elaboración: Autores.

5.3. Modificación de los conocimientos, actitudes y prácticas antes y después de la intervención:

Prueba T para muestras relacionadas

Variables de conocimientos (Ver cuadro N ° 5)

Pregunta 7: variable reconocer cuales son ITS.

Se obtuvo una media de $6,44 \pm 1.81$ en la pre intervención y $7,31 \pm 1,71$ en la pos intervención, en esta pregunta ganaron conocimientos en reconocer como ITS: condiloma, herpes, sífilis, SIDA, gonorrea, tricomoniasis, y clamidiasis, los estudiantes del grupo en el que se llevó a cabo la intervención educativa.

En el grupo intervenido, se encontró un valor de p de 0,001 con diferencia significativa.

Pregunta 9: variable conocimiento sobre las manifestaciones de las ITS.

Los estudiantes del grupo intervenido obtuvieron una media de $5,17 \pm 2,35$ antes de la intervención y después de $7,43 \pm 1.59$, en reconocer los síntomas de las ITS; el grupo intervenido ganó conocimientos con respecto a esta pregunta.



Se encontró un valor de p de 0,000 en el grupo intervenido siendo estadísticamente significativa.

En cuanto al conocimiento sobre transmisión de ITS y si son curables o no las Infecciones de transmisión sexual no variaron porque se obtuvo un valor de p de 0,58 y 0,68 antes y después respectivamente, siendo no significativas.

Cuadro N° 5

Conocimientos de los estudiantes del Octavo ciclo de la Facultad de Psicología Educativa de la Universidad de Cuenca sobre ITS y VIH-SIDA antes y después de la intervención. Cuenca 2009

CONOCIMIENTOS	Preintervención		Posintervención		
	N= 89		N= 78		
	Media	DS	Media	DS	Valor de p
Calificación 7	6,44	1,81	7,31	1,71	0,001
Calificación 8	9,64	2,15	9,80	1,91	0,586
Calificación 9	5,17	2,35	7,43	1,59	0,000
Calificación 10	5,66	2,45	5,83	2,49	0,681

Fuente: Formulario de investigación

Elaboración: Autores.



Variables actitudes (Ver cuadro N° 6)

Pregunta 11: variable de actitud ante un amigo que padeciera una ITS a donde le recomendaría acudir.

En el grupo intervenido la media fue de $6,20 \pm 2.28$ antes de la intervención y de $6,48 \pm 2,03$ después de la intervención

El valor de p es de 0,374 es decir no existe significancia estadística en la actitud de las personas ante un problema de ITS.

Pregunta 12: variable de actitud ante un amigo con una ITS

La media fue de $8,11 \pm 2,51$ antes de la intervención y de $8,07 \pm 2,44$ después de la intervención.

El valor de p en el estudio fue de 0,920 es decir no existe significancia estadística en la actitud que tomarían los alumnos ante un amigo que se encontrara con una ITS.

Pregunta 13: variable de actitud consejo a un amigo para no infectarse con una ITS.



En el grupo intervenido se encontró una media de $6.75 \pm 1,89$ antes de la intervención y de $6,80 \pm 1,73$ después de la intervención.

El valor de p fue de 0,855.

Pregunta 14: variable de actitud; consejo a un amigo que tiene relaciones sexuales con desconocidos

La media antes de la intervención fue de 7.20 ± 2.26 y de 6.94 ± 2.46 después de la intervención. El valor de p fue de 0.468 no existe significancia estadística antes y después de la intervención.

Cuadro N° 6

Actitudes de los estudiantes del Octavo ciclo de la Facultad de Psicología Educativa de la Universidad de Cuenca sobre ITS y VIH-SIDA antes y después de la intervención. Cuenca 2009

ACTITUDES	Preintervención		Postintervención		
	N= 89		N= 78		
	Media	DS	Media	DS	Valor de p
Calificación 11	6,20	2,28	6,48	2,03	0,374
Calificación 12	8,11	2,51	8,07	2,44	0,920
Calificación 13	6,75	1,89	6,80	1,73	0,855
Calificación 14	7,20	2,26	6,94	2,46	0,468

Fuente: Formulario de investigación

Elaboración: Autores.



Variables de prácticas (Ver cuadro N° 7)

Pregunta 17: variable de práctica con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses.

La media antes de la intervención fue de $4,97 \pm 2,04$ y después de la intervención de $4,76 \pm 1,87$ en el grupo intervenido.

El valor de p fue de 0,634 no existe significancia estadística antes y después de la intervención, es decir en lugar de disminuir ha aumentado el número de personas con las que tienen relaciones sexuales.

Pregunta 18: variable de práctica: relaciones heterosexuales, bisexuales, homosexuales.

La media fue de $4.45 \pm 1,60$ antes de la intervención y de $5,15 \pm 2,75$ después de la intervención.

No existe significancia estadística en esta pregunta ya que el valor de p es de 0.056 antes y después de la intervención.

Pregunta 19: Hábito sexual.

La media antes de la intervención fue de 5.21 ± 2.45 y de 4.70 ± 1.76 después de la intervención.



No existe significancia estadística antes y después de la intervención porque el valor de p fue de 0,243, es decir el hábito sexual de las personas no varió en 3 meses.

Pregunta 23: utilización del condón en las relaciones habituales con la pareja.

Antes de la intervención la media fue de 5.97 ± 1.60 y después de la intervención fue de $6,05 \pm 1.53$.

El valor de p fue de 0.765 es decir no existe modificación en la utilización del preservativo en las relaciones sexuales con su pareja.

Pregunta 26: utilización de preservativo en relaciones fortuitas.

La media fue de 7.43 ± 2.69 antes de la intervención y de $7,66 \pm 2.72$ después de la misma.

El valor de p fue de > 0.005 es decir no tuvo significancia estadística (0.807)

Las preguntas 20,21, 22, 24 y 25 fueron evaluadas pero no calificadas



Cuadro N° 7

Prácticas de los estudiantes del Octavo ciclo de la Facultad de Psicología Educativa de la Universidad de Cuenca sobre ITS y VIH-SIDA antes y después de la intervención. Cuenca 2009.

PRACTICAS	Preintervención		Postintervención		
	N= 89		N= 78		
	Media	DS	Media	DS	Valor de p
Calificación 17	4,97	2,04	4,76	1,87	0,634
Calificación 18	4,45	1,60	5,15	2,75	0,056
Calificación 19	5,21	2,45	4,70	1,76	0,243
Calificación 23	5,97	1,60	6,05	1,53	0,765
Calificación 26	7,43	2,69	7,66	2,72	0,807

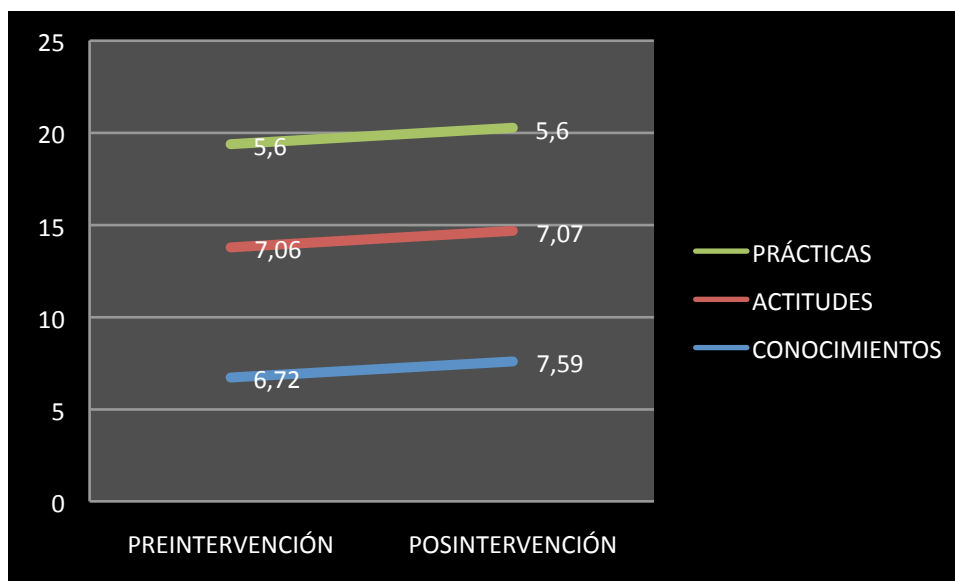
Fuente: Formulario de investigación

Elaboración: Autores.



Gráfico N° 2

Modificación de los conocimientos, actitudes y prácticas, sobre Infecciones de transmisión sexual antes y después de la intervención en los estudiantes del Octavo ciclo de la Facultad de Psicología. Cuenca 2009



Fuente: Formulario de investigación

Elaboración: Autores.

En el presente grafico se puede apreciar un incremento de los conocimientos y actitudes por parte de los estudiantes en lo que refiere al tema de ITS, no así en lo que respeta a las prácticas que debía disminuir.



5.4 Escala de Auto eficacia para prevenir el SIDA

Subescala A

La subescala A contiene preguntas que van de A1 a la pregunta A11; se refieren al nivel de seguridad de decir NO a las relaciones sexuales en diferentes circunstancias. Se tomó en cuenta la mayor seguridad; es decir muy seguro o total seguro. (Ver cuadro N° 8)

Se encontró un 68,2% antes de la intervención y 69,2% después de la misma aumentando la seguridad de decir no a una persona a quien desea tratar de nuevo. De la misma manera se obtuvo un 49,4% antes y 50% después, incrementando la seguridad de los estudiantes para negarse a tener relaciones sexuales con alguien que ya ha tenido relaciones sexuales. En cuanto a decir no a las relaciones sexuales con alguien para que se enamore de él o ella existió un incremento de 63,6% a 70,5%.

Existe un incremento de decir no a las relaciones sexuales con una persona bajo los efectos del alcohol y drogas de 71.6% a 73.1% y de 76.1% a 83.3% respectivamente. Se observó un incremento para negarse a tener relaciones sexuales con alguien, a pesar de tener un nivel de excitación elevado de 55,7% a 66.7%.



Cuadro N° 8

Autoeficacia de los estudiantes del Octavo Ciclo de la Universidad de Cuenca de la Facultad de Psicología sobre ITS y VIH-SIDA medida por el nivel de mayor seguridad subescala A de preguntas, antes y después de la intervención. Cuenca 2009.

Seguridad A	Pre Intervención(89) N %	Pos Intervención(78) N %	Significancia (Valor de p)
Alguien conocido hace 30 días	69(77,5%)	58(74,4%)	0.632
Alguien cuya historia sexual es desconocida para ti	73(82%)	63(80.8%)	0.845
Alguien cuya historia de drogas es desconocida para ti	75(84,3%)	63 (81.8%)	0.684
Alguien a quien has tratado con anterioridad	66(75%)	56(71.8%)	0.641
Alguien a quien desees tratar de nuevo	60(68,2)	54(69,2)	0,884
Alguien con quien ya has tenido relaciones sexuales	43(49,4%)	39(50,0%)	0,941
Alguien a quien necesitas que se enamore de ti	56(63,6%)	55(70,5%)	0,348
Alguien que te presione a tener relaciones sexuales	69(78,4%)	60(76,9%)	0,818
Alguien con quien has estado bebiendo alcohol	63(71,6%)	57(73,1%)	0,831
Alguien con quien has estado utilizando drogas	67(76,1%)	65(83,3%)	0,251
Alguien y tu nivel de excitación sexual es muy alto	49(55,7%)	52(66,7%)	0,148

Fuente: Formulario de investigación

Elaboración: Autores.



Subescala B:

La subescala B de autoeficacia está formada por preguntas que hacen referencia a la seguridad percibida de preguntar al novio/novia sobre relaciones sexuales anteriores, uso de drogas, experiencia homosexual y discutir sobre el SIDA. Consta de 4 preguntas y se tomó en cuenta la mayor seguridad (muy seguro y total seguro de la escala). (Ver cuadro N° 9)

Existió un incremento de la seguridad en los estudiantes de preguntar al novio/a sobre las relaciones sexuales que ha tenido en el pasado y experiencias homosexuales de 76.7% a 77.9%. Y de 68.2% a 68.8% respectivamente.



Cuadro N° 9

Autoeficacia de los estudiantes del Octavo Ciclo de la Universidad de Cuenca de la Facultad de Psicología sobre ITS y VIH-SIDA medida por el nivel de mayor seguridad subescala B de preguntas, antes y después de la intervención. Cuenca 2009.

Seguridad B	Pre Intervención(89) N %	Pos Intervención(78) N %	Significancia (Valor de p)
Preguntar a tu novio/a si se ha inyectado alguna droga	72(80,9%)	63(80,8%)	0,983
Discutir sobre la prevención del SIDA con tu novio/a	75(98,2%)	70(90,9%)	0,452
Preguntar a tu novio/a sobre sus relaciones sexuales tenidas en el pasado	66(76,7%)	60(77,9%)	0,858
Preguntar a tu novio/a si ha tenido alguna experiencia homosexual	58(68,2%)	53(68,8%)	0,935

Fuente: Formulario de investigación

Elaboración: Autores.



Subescala C:

La subescala C de preguntas recoge el nivel de seguridad percibida por los estudiantes en relación al uso del preservativo, fidelidad con la pareja, abstinencia sexual, confianza con los padres (Ver cuadro N° 10)

Existe un incremento en la seguridad de los estudiantes para utilizar preservativo cada vez que tengan una relación sexual de 59,3% a 66.7%. Se incrementó de 65.1% a 82,1% el uso correcto del preservativo y para usar el condón durante el acto sexual después de haber consumiendo alcohol y drogas se incremento de 55,8% a 64.1%; de 57% a 65.4% respectivamente.

Se observó un aumento de 61.2% a 70.5% en los estudiantes para insistir en el uso del preservativo durante el acto sexual, incluso si su novio/a prefiere no usarlo, así mismo para negarse a tener relaciones sexuales si su pareja no acepta usar condón de 60% a 67.9%.

Incrementó de 60% al 75.3% la seguridad de los estudiantes, de contar con el dinero suficiente para comprar preservativos y se observó un aumento de 70.9% a 75.5% sobre la seguridad de mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida. Y de 49.4% al 49.9% para platicar con sus padres sobre temas sexuales.



Cuadro N° 10

Autoeficacia de los estudiantes del Octavo Ciclo de la Universidad de Cuenca de la Facultad de Psicología sobre ITS y VIH-SIDA medida por el nivel de mayor seguridad subescala C de preguntas, antes y después de la intervención. Cuenca 2009.

Seguridad C	Pre Intervención(89)		Pos Intervención(78)		Significancia (Valor de p)
	N	%	N	%	
Usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales	51	(59,3%)	52	(66,7%)	0,330
Usar correctamente el condón	56	(65,1%)	64	(82,1%)	0,015
Usar el condón durante el acto sexual en estado alcohólico	48	(55,8%)	50	(64,1%)	0,280
Usar el condón en el acto sexual después de consumir droga	49	(57,0%)	51	(65,4%)	0,270
Insistir en el uso del condón incluso si tu novio/a prefiere no usarla	52	(61,2%)	55	(70,5%)	0,210
Negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar condón	51	(60,0%)	53	(67,9%)	0,291
Contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones	51	(60,0%)	58	(75,3%)	0,038
Acudir a la tienda a comprar condones	59	(69,4%)	57	(73,1%)	0,606
Mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida	61	(70,9%)	59	(75,5%)	0,497
Platicar con tu papá sobre temas sexuales	42	(49,4%)	35	(49,9%)	0,562
Platicar con tu mamá sobre temas sexuales	50	(59,5%)	47	(60,3%)	0,924

Fuente: Formulario de investigación

Elaboración: Autores.



5.5. Muestra de T relacionadas para la Autoeficacia sobre VIH/SIDA:

En la medición de seguridad sobre actitudes y conocimientos el resultado no fue significativo, solo en las practicas, varió considerablemente después de la intervención obteniéndose una promedio de 0,003 es decir fue significativo debido al interés y a la preocupación sobre VIH/SIDA que presentaron los alumnos. (Ver cuadro N° 11)

Cuadro N° 11

Auto eficacia de los estudiantes del Octavo Ciclo de la Facultad de Psicología de la Universidad de Cuenca medida por el nivel de mayor seguridad antes de la intervención y después de la intervención. Cuenca 2009.

SEGURIDA D	PREINTERVENCIÓN N N=89	POSTINTERVENCIÓN N=78			
	MEDIA	DS	MEDIA	DS	VALOR p
Subescala A	7,65	3,63	8,02	3,64	0,411
Subescala B	3,13	1,01	3,21	1,05	0,628
Subescala C	6,57	3,52	8,11	3,44	0,003

Fuente: Formulario de investigación

Elaboración: Autores.



CAPITULO VI

6. DISCUSIÓN

La epidemia de la Infección por VIH SIDA, constituye un complejo problema de salud pública en el Ecuador. Desde 1984, año en que se notificó el primer caso de infección por VIH en el Ecuador, su curva de crecimiento es ascendente y vertical en los últimos años. Para el año 2006 se registraron de manera oficial un acumulado de 9400 casos de infección por el VIH en Ecuador. Las estimaciones de ONUSIDA indican multiplicar cada caso notificado por 10, lo que implica que el 75% de las personas infectadas desconocen su estado serológico. Actualmente se considera que en nuestro país existen alrededor de 20.000 infectados. La relación hombre/mujer al inicio de la epidemia en el país era de 5 a 1 para el 2006 ésta se encuentra actualmente de 2 a 1. Realizando el análisis por grupos de edad la población más afectada constituyen las personas comprendidas entre los 15 a 45 años; es decir la población económicamente activa y reproductiva. La infección por VIH tiene repercusiones a nivel personal, familiar, social, cultural y económico entre otras, factores por los cuales se debe abordar a la epidemia como un problema de desarrollo para el país. Ante esta situación se



considera necesario abordar las ITS y VIH-SIDA de forma integral en donde las necesidades preventivas y curativas bio-psico-sociales de las personas se consideren de forma multidisciplinaria. (38)

El uso del preservativo, la abstinencia sexual y la fidelidad son los métodos para prevenir las ITS y VIH/SIDA. La administración de preservativos durante las campañas de prevención es una forma de incentivar a la población su uso y así prevenir las ITS. (5) Nuestro estudio a través de la intervención educativa con el respaldo teórico de Vigotsky, Bandura, Ausubel y Paulo Freire trata de transmitir los conocimientos para una adecuada prevención de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA y modificar conductas e incrementar la autoeficacia de los estudiantes de la naciente Facultad de Psicología educativa.

La muestra de nuestro estudio, estuvo conformada por 89 estudiantes en la evaluación de los pre CAPS y 78 en la evaluación de los pos CAPS, con una pérdida de 11 estudiantes que no influyó en sus resultados, en los estudiantes del octavo ciclo de la Facultad de Psicología Educativa en la Universidad de Cuenca en el año 2009, este estudio está compuesto por variables socio demográficas donde las más relevantes fueron solteros



76.4%, para el sexo femenino el 83.1%, la edad está entre los 20 a 24 años 86.5%, con una media de 23.51 años, pertenecen a la religión católica el 89.9%, mientras que la mayoría de la población fue de la zona urbana 80.9%; en un estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infección por VIH en jóvenes en Bucaramanga-Colombia, por Vera M, se estudiaron a 458 jóvenes, 60% mujeres, de todos los estratos socio-económicos, con una edad media de 18,2 años. (39) En otro estudio de 1,106 estudiantes sobre conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en la Universidad de Chile por Ruiz A, se encontró que la edad promedio de los estudiantes fue de 19,6 años (16-38), el 72% de los estudiantes fueron de sexo femenino, los estudiantes provienen del área urbana. (40)

Las ITS que conocían los estudiantes, antes y después de la intervención fueron: Condiloma 5,6% y 26.9% incrementó un 21,3%, Clamidia 6,7% y 24.4%, incrementándose 17,7%, Sífilis 73 % a 79,5% aumentando 6.5%, Herpes de 87,6% a 93,6% con un incremento de 6% y SIDA de 97,8 a 100%. Freire. E en su estudio realizado en Cuenca sobre evaluación y modificación de los conocimientos actitudes y prácticas de los conscriptos de los cuarteles Dávalos y



Portete, frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA nos indica que los conscriptos reconoce antes de la intervención: SIDA, Gonorrea y Sífilis en el 76.1%, 72.4% y 41.7%, después de la intervención sube a 95.8%, 96.5% y 90.2% respectivamente. (41) Vera. M. en un estudio en jóvenes manifiesta que las infecciones de transmisión sexual (ITS), más destacadas son: SIDA (98%), Gonorrea (93%) y Sífilis (80%). (39) Un estudio realizado en la Universidad Católica de Colombia por Gonzales F. las ITS más conocidas fueron SIDA (51.8%), Herpes (12.2%), Sífilis (12.1%), y Gonorrea (9.6%). (42)

Sobre transmisión de las ITS en nuestro estudio se encontró: por relaciones sexuales con penetración 95,5% antes a 97,4% después de la intervención incrementándose 1.9%, por medio de transfusión de 89.9% a 94.9% la misma que aumento 5%, de madre a hijo de 80.9 a 80.8% disminuyo positivamente 0.1% y por el sudor o beso de 6.7% a 5.1% la cual disminuyo de manera favorable 1.6%. Freire. E, nos indica que en los conscriptos, frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS), que el 37.5% del grupo intervenido tenía una idea errónea de transmisión por el beso o sudor y el 25.7% del grupo control; luego de la intervención descendió para el grupo intervenido a 30% con un descenso en el grupo intervenido de 7.5% y subió en el grupo control al 26.2%. (41) El estudio en jóvenes por Vera.



M, indica que el 99% identificó la sangre como medio de transmisión de la enfermedad, 91% sabe que se transmite por relaciones sexuales genitales y 90% sabe que se transmite de madre a hijo en el embarazo. Un 8% dijo que se transmite por la saliva. (39)

Con respecto a las manifestaciones de las ITS se obtuvo: dolor en vientre bajo 24,7% antes de la intervención y después 78,2% existiendo un incremento de 53,5%, secreción por los genitales antes 73% y 93,6% después de la intervención, incrementando un 20.6%, verrugas en los genitales se obtuvo 66,3 % antes, 92,3% después, incrementando 26%, en cuanto a manchas en la piel 61.8% a 84.6% aumento 22.8%, e inflamación de ganglios se encontró que conocían un 55,1% antes y un 76,9% después de la intervención, aumentando 21,8%; esto es fundamentalmente importante para acudir al médico tempranamente. Velázquez A en un estudio realizado en jóvenes mostró diferencias significativas, al comparar las preguntas antes y después sobre presencia de pus en el pene 18%. (43) Freire. E frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA nos demuestra que el 79.3% del grupo intervenido y el 88,5% del grupo control reconocían como vía de transmisión las transfusiones sanguíneas antes de la intervención, el porcentaje subió



para el grupo intervenido a 97.2% manteniéndose en 88.5% en el grupo control. (41)

Sobre la pregunta, si saben que ITS son curables o no, se encontró un descenso de 8.3% después de la intervención con respecto a sífilis, y blenorragia 5,6% después de la intervención, en cuanto a condiloma incremento 20,3% después de la intervención, los estudiantes todavía desconocen sobre cuales enfermedades son curables lo que indica que requieren refuerzo en este conocimiento. En un estudio realizado en Cuba por Fatjó, A, los adolescentes incrementan los conocimientos sobre curación a expensas de Condiloma y tricomoniasis. (44)

En relación a qué le aconsejaría a un amigo para no infectarse con una ITS en nuestra investigación las variables mas aceptadas fueron: fidelidad a la pareja 88,8% antes y 88,5% después de la intervención; usar condón 85,4% antes y 91% después de la intervención en esta variable hubo un incremento de 5.1%. La Dra. Rodríguez. A en su estudio sobre modificación de los conocimientos de infecciones de transmisión sexual, indica que la utilización del condón es una de las medidas más importantes para evitar una infección de transmisión sexual es de 22,41%. (45) Freire E, menciona que la fidelidad es 66.6% para el



grupo intervenido y 68.5% del grupo control, la misma que ascendió luego de la intervención educativa en el grupo intervenido a 95.1% y en el grupo control descendió a 63.9%. (41) en el estudio de Fatjó encontró un cambio en relación a esta variable de 96.6% a 100 % antes y después de la intervención respectivamente. (44)

Sobre la actitud que tomarían los estudiantes de alejarse de un amigo que tenga ITS se obtuvo: antes de la intervención 2,2% y después 3,8%, incrementó 1,6%. Freire E demuestra que la actitud de alejarse de un amigo(a) con ITS se considera como una actitud negativa, al grupo intervenido corresponde el 28.5% y para el grupo control 47.1% antes de la intervención y luego de la intervención desciende a 13.7% en el grupo intervenido y el grupo control fue de 52.4%. (41)

Una de las inquietudes más frecuentes fue, qué sugerencia le daría a un amigo que le contara que tiene relaciones sexuales con desconocidos o poco conocidos: protegerse con el uso del preservativo 89,9% antes y 85,9% después de la intervención. Vera. M en su estudio nos indica que 85% de los jóvenes están de acuerdo en que debe usarse condón en toda relación sexual. (39)



Se encontró que la abstinencia en los estudiantes de nuestro estudio fue de 15,7% a 12,8% en el pre y pos intervención respectivamente. Ghon. D en su estudio de conocimientos y uso del condón y prevención de ITS nos demuestra incremento de 11% en abstinencia sexual, 27% en el retraso de las relaciones sexuales. (44)

El número de parejas sexuales es importante para el incremento de incidencia de ITS, en nuestra investigación sobre la variable con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses; los resultados obtenidos fueron: con una pareja antes 81,0% y después de la intervención 82,7%, aumentó 2,7%, dos parejas antes 7,9% y después 9,6% de la intervención, incrementándose 1,7%; con tres parejas antes 6,3% y después 3,8% de la intervención, existiendo una disminución de 2,5% y con más de tres parejas antes 1,6% y después 1,9% de la intervención, también aumento 0,3%. Gutiérrez, J, en un estudio en jóvenes indica que el 73,1% de los estudiantes tuvo 3 y más parejas sexuales en un período menor de 1 año, y de ellos el 28,6% tuvo 4 y más compañeros/as sexuales; mientras que el 93% de los trabajadores tuvo menos de 3 parejas sexuales en un año. (46) En otro estudio realizado por Gonzales F en jóvenes entre 14 y 25 años, se encontró que más del 50% de la población



encuestada tuvo relaciones sexuales con una pareja, con más de una pareja el 28.7%. (42) Pender N, indica que el 50% de las personas encuestadas han tenido dos parejas sexuales, el 25% más de tres parejas y el otro 25% solo una, si tomamos en consideración la edad y el número de parejas de las personas encuestadas, podemos deducir que forman parte de la población con riesgo de sufrir Infecciones de Transmisión Sexual. (47)

En el presente estudio en relación a si tuvo relaciones sexuales con ambos sexos se obtuvo un 100% en ambas intervenciones; con personas del mismo sexo 5,6% y 7,7% antes y después de la intervención, con un incremento de 2,1%; no así cuando se pregunto si tuvo relaciones con personas del sexo contrario se encontró 66,3% y 61,5% en la pre y pos intervención. Ruiz A en su estudio de CAPS en jóvenes indica que 67% de los estudiantes encuestados manifestaron haber tenido relaciones sexuales, en su mayoría heterosexuales. (40)

En nuestro estudio sobre tener sexo oral se obtuvo 27% y 23,1%; con respecto a sexo anal 15,7% y 7,7% y sexo genital 68,5% y 66,7% en la pre intervención y pos intervención respectivamente. Un estudio realizado en jóvenes por Vera M. demuestra que con respecto a



prácticas de riesgo para contraer ITS el 24% de los jóvenes afirmaron practicar relaciones anales, 69% de los jóvenes afirmaron practicar el sexo oral. (39) Otro estudio de Nicaragua demuestra que 75% de los entrevistados habían tenido sexo anal con una mujer y que de éstos 15 hombres habían tenido sexo anal con otros hombres. (48)

Sobre si ha padecido alguna ITS se obtuvo 2,2 % en la pre intervención y 1,3% en la pos intervención lo cual es positivo puesto que disminuyó el porcentaje de ITS luego de la intervención. El centro de control de enfermedades de Atlanta informa que el 30% de las adolescentes activas sexualmente tienen resultados positivos para ITS entre las que están Clamidia y Gonorrea; en los Estados Unidos, el 89% de jóvenes presentan ITS. (49) En el estudio realizado entre los estudiantes ucranianos se encuentran cifras del 6% de ITS (50); y Ruiz A indica que 1% de los estudiantes reportaron haber tenido alguna ITS en la vida. (40) En la Universidad de México se encontró que 43 estudiantes (1,43%) habían padecido una ITS. (51)

Al evaluar la práctica de conversación con su pareja de las ITS obtuvimos 60,7% en la pre intervención y 60,3% en la pos intervención, mientras que los estudios realizados por la CEPAR demuestra que 78% de encuestados ha conversado sobre el VIH-SIDA y un 8% de homosexuales



ha conversado con su pareja; existe un 8% que no lo ha hecho con ninguna pareja fija. (53)

Al analizar la pregunta si ha tenido relaciones sexuales en estado de embriaguez o bajo los efectos de sustancias afrodisíacas obtuvimos un 27% y 30,8% en la pre y pos intervención con incremento de 3,8%. Ruiz A en un estudio en jóvenes universitarios, manifiesta que la asociación de consumo de alcohol y drogas en la última relación en la población de dicho estudio fue menor con un 13% de los estudiantes. (40) El estudio realizado por la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica de Colombia por Gonzales F. se evidenció que un 22% usaron drogas para intensificar su vida sexual. (42)

Uso habitual del condón en sus relaciones sexuales en nuestro estudio obtuvimos que utilizan siempre el 27,4% y 32,1% antes y después de la intervención, siendo el incremento de 4,7%; en cuanto a las prácticas de uso ocasional 37,1% y 43,4% en la pre y post intervención, incrementándose 6,2%; en cuanto a nunca utilizarlo 35,5% y 24,5% antes y después de la intervención. De la misma manera en este estudio se investiga también sobre el uso del condón en relaciones fortuitas en la cual respondieron que hacen uso de éste siempre 30% y 37% antes y



después de la intervención con incremento de 7%; ocasionalmente en un 19% y 15,25% en la pre y pos intervención; 52% y 47,8% que nunca lo utilizan. En el estudio realizado en Bucaramanga el 20% indicó utilizar preservativo. (39) Ruiz A nos indica que el uso del preservativo en la última relación fue 48% de los estudiantes los cuales hacen uso de éste siempre, 11% lo hace ocasionalmente y 49% no lo utilizan nunca. (40) En un estudio en Veracruz por Castelazo L, se evidencia que 13,5% de los jóvenes utilizan condón habitualmente. (52) Freire. E en su estudio realizado, muestra que los conscriptos tenían la intención de recomendar el uso del condón antes de la intervención en un 79.3% en un grupo intervenido y en el control correspondió al 62.8% antes de la intervención; posterior a la intervención ascendió a 95.8% en el grupo intervenido y en el control descendió a 57.3%, siendo el porcentaje de incremento de 16.5%. (41) La CEPAR en su estudio obtuvo que el 79% utilizaran condón en la última relación sexual. (53)

En nuestro estudio se encontró 14,6% antes y 15,4% después de la intervención con respecto a que si alguna vez ha tenido relaciones sexuales con personas desconocidas o poco conocidas. Freire E, demuestra que en los conscriptos esta práctica fue de 63.4% a 61.5%. (41)



Aplicando la escala de autoeficacia en el presente estudio los cambios no fueron significativos para seguridad de las subescalas A y B sobre VIH/SIDA, pero si existió un incremento significativo ($p = 0.003$) en la subescala C en los estudiantes de nuestro estudio. Freire E, demuestra que los conscriptos, del grupo intervenido mejoraron la percepción para las subescalas A, B y C de la prevención del SIDA con mayor nivel de seguridad para la percepción del uso del preservativo, confianza con los padres y fidelidad. (41)



CAPÍTULO VII

7. 1 Conclusiones:

- La intervención educativa elevó los conocimientos y actitudes en los estudiantes.
- Se evidencio un incremento de los conocimientos significativo luego de la intervención con respecto a herpes, sífilis, condiloma y tricomoniasis; así mismo los conocimientos se elevaron en las formas de transmisión por transfusiones sanguíneas; de la misma manera incremento en cómo se manifiestan las ITS prevaleciendo la secreción en genitales, manchas en la piel e inflamación de los ganglios linfáticos.
- Se encontró un aumento representativo en las actitudes de los estudiantes, especialmente en acudir al hospital, al médico y la fidelidad a la pareja.
- Se obtuvo mayor intención en el uso del preservativo; sin embargo algunas prácticas negativas o de riesgo no se modificaron.



- Los estudiantes que participaron en la intervención mostraron una mejor autoeficacia relacionada con mayor seguridad al aplicar la escala para prevenir el SIDA.
- Las actitudes y las prácticas son más difíciles de modificar, sin embargo, el fortalecimiento de la autoeficacia durante la intervención con ensayos cognitivos es efectivo.



7.2. Recomendaciones:

- Es necesario mantener programas educativos siguiendo modelos teóricos de cambios conductuales en relación a ITS y VIH/SIDA
- Plantear que las unidades de bienestar universitario gestionen la curricularización de la educación sexual en la vida universitaria para asegurar que los y las estudiantes tengan la oportunidad de enriquecer, modificar sus conocimientos, creencias, actitudes, valores y comportamientos sexuales en procesos sistemáticos y permanentes.
- Con este estudio se justifica un programa permanente de prevención en los estudiantes universitarios.



CAPITULO VIII

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pautas para la vigilancia de las infecciones de transmisión sexual, UNAIDS/99, distribución general original: ingles pg. 1–44. Disponible en: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/isi12604.pdf>
2. De frente a la pandemia del VIH/SIDA por Lamptey P, Wigley M, Carre D, Collymore Y, 2002, septiembre vol. 57, N3. Disponible en: http://www.prb.org/pdf/FacingHIVAIDSPandemic_Sp.pdf
3. Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/Sida entre adolescentes escolarizados mexicanos, por: Torres P, Dilys M., Gutiérrez, J. Salud pública Méx. 2006. Vol. 48, N4. Disponible en: http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036
4. Conocimiento acerca de las Enfermedades de Transmisión Sexual entre estudiantes y trabajadores de las Universidad de las Américas por: Gutiérrez I. Serrano I. Puebla, México. Disponible en: http://www.infarmate.org/pdfs/julio_agosto07/ets.pdf



5. ONUSIDA, Informe sobre la epidemia mundial de sida, 2008. Disponible en: http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp
6. Abstinencia y retraso del inicio de la actividad sexual en la juventud. por: Ruland Cl. Disponible en: <http://www.Saludpublica.org/es/actividadsexual>.
7. Un enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH /sida proyecto de investigación UNESCO/ONUSIDA colección especial de manuales metodológicos, N°1. División de Políticas Culturales y Diálogo Intercultural UNESCO, 2003 [citado 2007 Oct. 04]. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001255/125589s.pdf>
8. La Globalización del Comercio Sexual. Por Quintanilla T, Apr. 12, 2009 at 7:28 PM. Disponible en: <http://www.ugt.es/globalizacion/tammy.htm>
9. Prostitución terminología y antecedentes históricos, realidad actual. Disponible en: <http://www.sexologia.com/index.asp?pagina=http://www.sexologia.com/culturasesexual/prostitucion.htm>



10. ONUSIDA; Nuevo informe sobre la epidemia mundial de sida 29 de julio de 2008. Dr. Piot P; la directora ejecutiva del fondo de población de las Naciones Unidas. Disponible en:
<http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/>
11. Exposición Cuenca; epidemiología VIH/SIDA, Dr. Hernández P, Medicina Tropical y control de enfermedades diplomado de VIH/SIDA, 20 de diciembre de 2002. Disponible en:
<http://www.dpsp.gov.ec/salud/Docs/baseslegales/cuarentaycuatro.pdf>
12. Prevención del sida en la escuela secundaria: recopilación y valoración de programas. Fernández S, Juárez O, Díez E. Rev. Esp. Salud Pública. [periódico en la Internet]. 1999 Nov. [citado 2007 Nov. 06]. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271999000600004&lng=es&nrm=iso.
13. Educación popular sobre VIH/SIDA Authored by ReAct Latinoamérica on 15 Oct. 2007. Disponible en:
<http://www.phmovement.org/cms/es/node/505>.



14. ONUSIDA Punto de vista: El SIDA y el personal militar. Colección practicas óptimas del ONUSIDA. Mayo de 1998. Disponible en:
http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub05/militarypv_es.pdf
15. La incidencia de la sífilis y de la gonorrea se multiplica por tres en los últimos seis años 21.07.2008. Disponible en:
<http://www.20minutos.es/noticia/400911/0/enfermedad/es/sifilis/sexual/>
16. Enfermedades de transmisión sexual. Universidad Católica de Valencia, San Vicente Mártir. Disponible en:
http://www.observatoriobioetica.com/index.php?option=com_content&task=view&id=66&Itemid=29
17. Afecto, besos y condones: el ABC de las prácticas sexuales de las trabajadoras sexuales de la ciudad de México. Betania A, Cruz-A, Rivera L, Castro R, Arana M, Hernández M. Salud pública Méx [periódico en la Internet]. [citado 2007 Oct. 25]. Disponible en:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003001100004&lng=es&nrm=iso.
[doi: 10.1590/S0036](https://doi.org/10.1590/S0036)



18. Texto de parasitología Médica, Tricomoniasis vaginal. Agente causal, Dr. Biagi. F. Dr. Tay J, Dr. Alvarez R, Dr. Gutiérrez. M. Pg. 22 a 23. Disponible en:
<http://www.drscope.com/privados/pac/generales/parasitologia/tricomoniasis.html>
19. Crece la infección por Herpes Genital, N° 149, Diciembre 2008 disponible en:
http://www.compumedicina.com/noticias/not_1380.htm
20. Consenso de actualización virus del papiloma humano y herpes simplex por: Bermejo A, Rodríguez E, 30 de Septiembre de 2004 disponible en:
<http://www.sad.org.ar/docs/hpv hsv.pdf>
21. Manual para el control de las enfermedades transmisibles. Ed.16. Washington D.C. Beneson A. Organización Panamericana de la Salud. Publicación científica No. 564.1997; 416-423. Disponible en:
www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S079
22. Intervención de salud sobre infecciones de transmisión sexual en una institución cerrada, 2005-2006. Nápoles M, Belkis M, Gómez M. Disponible en:
<http://www.update-software.com/AbstractsES/ab001220-ES.htm>
23. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) 2008, versión



española, diciembre de 2008. Disponible en:
www.unaids.org

24. Division of Infectious Disease, revised for: Mark Levin, M.D., MacNeal Hospital, Berwyn, IL. Review provided by VeriMed Healthcare Network. Traducción y localización realizada por: Dr. Tango, Inc. 6/8/2007
Disponible en:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000635.htm>

25. Identificación de sitios de encuentro de parejas sexuales en dos ciudades de la frontera sur de México, mediante el método PLACE. Por: Negroni B, Vargas G, Rueda C, Bassett S, Weir S, Bronfman M. Salud Pública Méx [periódico en la Internet]. [citado 2007 Oct. 25]. Disponible en:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342003001100010&lng=es&nrm=iso.doi:10.1590/S0036-36342003001100010

26. Las enfermedades de transmisión sexual en embarazadas. Por: Corcho D, Farinas A y Ramos I, Revista Cubana nov.-dic. 2001, vol.17, no.6 p.532-539. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252001000600004&lng=es&nrm=iso. ISSN 0864-2125.



27. OPS/OMS. Comunicado de prensa. Los condones protegen contra el cáncer del cuello uterino. Disponible en:
<http://salud.ops.org.bo/servicios/?DB=B&S11=10131&SE=SN>
28. Sífilis: pasado y presente. Rev. Cubana por: Berdasquera D, Lazo M, Galindo B. Mayo-Ago. 2004, vol.42. No.2 [citado 01 Octubre 2007], p.00. Disponible en la World Wide Web:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156130032004000200008&lng=es&nrm=iso.ISSN1561-3003.
29. Bandura características generales de las teorías de aprendizaje Disponible en:
<http://www.geocities.com/ustpsicologia/EnlaceBandura1.html>
30. Relaciones familiares y cogniciones románticas en la adolescencia: el papel mediador de la autoeficacia romántica. Barrera F. Disponible en:
http://res.uniandes.edu.co/res_21/doss2.htm
31. Definición de teoría del aprendizaje de Vigotsky. Disponible en:
<http://www.psicopedagogia.com/definicion/teoria%20del%20aprendizaje%20de%20vigotsky>



32. Pedagogía del Oprimido. El último gran pedagogo Freire Paulo. Editorial Siglo veintiuno, México 1999. Disponible en:
<http://educacion.idoneos.com/index.php/287950>
33. Autoeficacia en la negociación sexual: retos para la prevención de VIH/SIDA en mujeres puertorriqueñas. Revista Latinoamericana de Psicología 2006, volumen 38, No 1, pg. 21-43. Noboa P, Serrano I Disponible en: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/rlp/v38n1/v38n1a02.pdf>
34. Área de estudio; ubicación, descripción y reseña. Disponible en:
<http://rai.ucuenca.edu.ec/>
35. Spanish Adaptation of the General Self-Efficacy Scale Auto-Eficacia Generalizada 2003. Bäßler J, Schwarzer R, Jerusalem M. Disponible en:
<http://userpage.fu-berlin.de/~health/spanscal.htm>
36. Las creencias de autoeficacia docente del profesorado universitario. Prieto L. (2005). Disponible en: <http://www.emory.edu>
37. Foros Universitarios: comunidades para aprendizaje. Disponible en:
<http://foros.universia.edu.ve/comunidades-de-aprendizaje-t19032.html>



38. ONUSIDA Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA 2008 (versión española, diciembre de 2008). UNAIDS/08.36E / JC1648E, noviembre de 2008: AIDS outlook/09: World AIDS Day 2008 .Disponible en:
http://www.onusida.ec/imagesFTP/6186.Plegable_ley.pdf
39. Estudio sobre Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infección por VIH en jóvenes, Bucaramanga-Colombia Vera M, López N, Orozco L, Caicedo L. Disponible en:
<http://ceupromed.ucol.mx/morfo/articulos/articulos/a60740165AD5.pdf>
40. Estudio de 1.106 estudiantes de las Facultades de Medicina, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiología y Jurisprudencia, sobre conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en la Universidad de Chile. Ruiz A, Sternberg J, Santos C, Beltrán J, Vélez A. Disponible en:
<http://www.cemera.cl/sogia/pdf/2005/XII3conocimientos.pdf>



41. Evaluación y modificación de los conocimientos actitudes y prácticas de los conscriptos de los cuarteles Dávalos y Portete, frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA. Dra. Freire E. Cuenca Ecuador 2007.
42. Estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en jóvenes entre 14 y 25 años de edad de un municipio del departamento de Cundinamarca realizado en la Universidad Católica de Colombia, Facultad de Psicología. González F. Carrera 13 N° 47-49, Bogotá-Colombia. Disponible en:

http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/acta/.../art_5_acta_12.pdf
43. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre ITS y VIH en estudiantes de Lima Metropolitana, Facultad de medicina de la Universidad Mayor de San Marcos. Velázquez A. Revista científica de América Latina y el Caribe, España y Portugal. Disponible en:
<http://redalyc.uaemex.mx>.
44. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre infecciones de transmisión sexual en una cohorte de adolescentes 2002. Fatjó A, Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext



45. Modificación de los conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual. Dra. Rodríguez A. Publicado: 15/04/2009. Medicina Interna, y Salud Pública. Disponible en:
<http://www.monografias.com/trabajos15/infeccionesesexuales/infecciones-sexuales.shtml>
46. Intervención educativa sobre sexualidad y enfermedades de transmisión sexual. Hernández J, Toll J, Díaz G, y Castro J en la Ciudad de La Habana, Cuba Rev. Cubana Med Gen Integr 2000; 16(1):39-44. Disponible en:
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1450/1/Modificacion-de-los-conocimientos-sobre-infecciones-de-transmision-sexual.html>
47. Estudio realizado acerca de Actitud de la familia ante las infecciones de transmisión sexual basado en la teoría de la Dra. Pender N en la comunidad de "Las Palmas" de San Juan de los Morros. Disponible en:
<http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16100/mgi07100.pdf>
48. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud Escuela de Salud Pública Maestría en Salud Pública 2004–2006 por: Reyes A. Pg. 8-17. Disponible en:
http://www.minsa.gob.ni/bns/tesis_sp/05.pdf



49. Centers for Disease Control and Prevention. Youth Risk Behavior Surveillance: National College Health Risk Behavior Survey—United States, 1995. MMWR CDC Surveill Summ 1997. Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00049859.htm>
50. Ukrainian medical student's experiences, attitudes, and Knowledge about reproductive health. J Am College Health 2001 Mogilevkina I, Tyden T, Odland V. Disponible en: <http://www.biomedexperts.com/Profile.bme/1039063/VivecaOdland>
51. Psicología y Salud. Universidad Veracruzana. ISSN: 1405-1109. MÉXICO. 2008. Hernández Z, Cruz A. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/291/29118208.pdf>
52. Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana, Dr. Castelazo L. Artículo recibido el 13 de septiembre de 2002. Centro de Atención Integral para el Estudiante Universitario. Universidad Veracruzana. Rodríguez Beltrán. Disponible en: www.alapsa.org/v2/revista/index.php/psicologiaysalud/article/viewFile/14



53. Infecciones de transmisión sexual (ITS/VIH/SIDA)

2005. Disponible en:

http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/provincia/pdf/guayas/GUAYAS16.pdf



ANEXO 1

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha	Tiempo	Años Cumplidos	Años
PROCEDENCIA	Región geográfica(Área de división política a la que pertenece una persona; y su relación con centros poblados urbanos y rurales)	Región geográfica Centro poblado Urbano Rural	Provincia Urbano Rural	Nominal Si No
SEXO	Diferencia física y de conducta que distingue a los organismos individuales, según las funciones que realizan en los procesos de reproducción y desenvolvimiento social	Masculino Femenino	Masculino Femenino	Masculin o Femenin o
CONOCIMIENTOS SOBRE LAS ITS	Conjunto de información adquirida en relación a ITS	Conjunto de información adquirida	Encuesta CAP	SI NO
ACTITUDES SOBRE LAS ITS	Intenciones frente a una situación probable	Intenciones	Encuesta CAP y escala de autoeficacia SEA 27 Indicador: Actitudes correctas frente a ITS Escala de Autoeficacia A, B, C	SI NO Númerica
PRÁCTICAS SOBRE LAS ITS	Comportamiento tomado frente a una situación específica	Comportamiento	Encuesta CAP y escala de autoeficacia SEA 27 A, B, C	SI NO



ANEXO 2

Formulario No 1

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

**“EVALUACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y
PRÁCTICAS DE LOS ESTUDIANTES DEL CICLO DE COMUNES DE
FILOSOFÍA, FRENTE A LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y
VIH/SIDA”**

CUENCA, 2008

Estoy entrevistando, en la ciudad de Cuenca para averiguar sobre las infecciones de transmisión sexual. Le pido que conteste a las preguntas con toda sinceridad.

Confidencialidad: Las preguntas son completamente confidenciales, su honestidad en contestar estas preguntas nos ayudará a comprender sobre lo que las personas conocen, piensan y los diferentes tipos de comportamientos.

SECCIÓN I

01 NUMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CUESTIONARIO ☐☐☐

Fecha día ☐☐ mes ☐☐ año ☐☐

FUENTE-ESCUELA:

Ciclo Común Filosofía ☐ Ciencias de la Educación ☐

Lengua, literatura y Lenguajes Audio Visuales ☐ Cultura Física ☐

Historia y Geografía ☐ Lengua y Literatura Inglesa ☐

Lic. Ciencias Humanas Mención Gestión. Desarrollo Cultural ☐

Lic. Educación General Básica ☐ Matemáticas y Física ☐

Psicología Educativa ☐ Derecho ☐



	Preintervención <input type="checkbox"/>	Posintervención <input type="checkbox"/>
RESULTADO		

Número	Preguntas	Categorías de codificación
SECCIÓN II		
P01	¿En qué día, mes y en qué año nació?	Día <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
P02	¿Cuántos años tiene?	
P03	Genero	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
P04	Estado Civil	Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/>
P05	Religión	Católica <input type="checkbox"/> Evangélica <input type="checkbox"/> T. de Jehová <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
P06	Residencia	Urbano <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>
SECCIÓN III		
P07	¿Qué infecciones de transmisión sexual conoce?	Condiloma 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Herpes 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Sifilis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> SIDA 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Gonorrea 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Tricomoniasis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>

		Clamidiasis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Otras 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Señale cuales-----
P08	¿Usted sabe cómo se transmiten estas infecciones?	Contacto sexual 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> sin penetración Contacto sexual con penetración 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Por una transfusión de sangre 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> De una madre infectada a su hijo por el embarazo, parto o lactancia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> A través del beso o el sudor 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Otras 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P09	¿Usted sabe cómo se manifiestan las infecciones de transmisión sexual?	Dolor el vientre bajo 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Secreción por los genitales externos 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Verrugas en genitales externos 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Manchas en la piel 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Inflamación de Los ganglios 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Otras 1. Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P10	Son curables estas infecciones?	Sífilis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Condiloma 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Blenorragia o Gonorrea 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Clamidiasis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>



		SIDA	1 Si <input type="checkbox"/>	2 No <input type="checkbox"/>
		Trichomoniasis	1 Si <input type="checkbox"/>	2 No <input type="checkbox"/>
P11	Si conociera a un amigo o (a) con una ITS. ¿A dónde le recomendaría acudir para recibir atención?	A un hospital cercano	1 Si <input type="checkbox"/>	2 No <input type="checkbox"/>
		A su médico de familia	1 Si <input type="checkbox"/>	2 No <input type="checkbox"/>
		A una farmacia	1 Si <input type="checkbox"/>	2 No <input type="checkbox"/>
		A otro amigo o (a) para que le sugiera		
		tratamiento	1 Si <input type="checkbox"/>	2 No <input type="checkbox"/>
		Conversar con sus padres	1 Si <input type="checkbox"/>	2 No <input type="checkbox"/>
		Otras	1 Si <input type="checkbox"/>	2 No <input type="checkbox"/>
		Cuales _____		
P12	Si un amigo o (a) tuviera una ITS; ¿Cuál sería su actitud?	Me alejaría de el o ella	1 Si <input type="checkbox"/>	2 No <input type="checkbox"/>
		Le ayudaría a curarse	1 Si <input type="checkbox"/>	2 No <input type="checkbox"/>
		Le diría que aprendió a		
		hacer el amor	1 Si <input type="checkbox"/>	2 No <input type="checkbox"/>
		Que es propio de la edad	1 Si <input type="checkbox"/>	2 No <input type="checkbox"/>
		Le sugeriría visitar		
		a su médico de familia	1 Si <input type="checkbox"/>	2 No <input type="checkbox"/>
P13	¿Qué le aconsejaría a sus amigo para no infectarse con una ITS?	Tener conocimientos		
		sobre las infecciones	1 Si <input type="checkbox"/>	2 No <input type="checkbox"/>
		No tener relaciones sexuales	1 Si <input type="checkbox"/>	2 No <input type="checkbox"/>
		Fidelidad a su pareja	1 Si <input type="checkbox"/>	2 No <input type="checkbox"/>
		Escoger bien la pareja	1 Si <input type="checkbox"/>	2 No <input type="checkbox"/>
		Usar condón en todas las		



		relaciones sexuales 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
		Tener relaciones sin penetración 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P14	¿Qué sugerencia le daría a un amigo o (a) que le comunica tiene relaciones sexuales con desconocidos o poco conocidos?	Protegerse con el uso del condón 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Lavarse los genitales después de concluida la relación sexual 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Visitar al médico buscando orientación 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> No tener relaciones sexuales con desconocidos 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P15	¿Ha tenido relaciones sexuales?	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P16	¿A qué edad inició su vida sexual?	<input type="text"/> <input type="text"/> Años
P17	¿Con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses?	<input type="text"/> <input type="text"/> Personas
P18	Ha tenido durante su vida relaciones sexuales con :	Personas del mismo sexo 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Personas del sexo contrario 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Personas de ambos sexos 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P19	¿Qué tipo de hábito sexual utiliza durante sus relaciones sexuales?	Sexo oral 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Sexo anal 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Coito genital 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P20	¿Ha padecido de alguna ITS?	Mencione cual o cuales <input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> _____
P21	¿Conversa con su pareja	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>



	sobre estas infecciones?	
P22	¿Ha tenido relaciones sexuales en estado de embriaguez o bajo los efectos de sustancias afrodisíacas?	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P23	¿Utiliza condón en tus relaciones habituales con tu pareja?	1. Siempre <input type="checkbox"/> 2. Ocasionalmente <input type="checkbox"/> 3. Nunca <input type="checkbox"/>
P24	Si no lo ha utilizado. ¿Por qué?	Disminuye la sensibilidad 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> No se utilizarlo 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Me da pena negociarlo con mi pareja 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Siento vergüenza al adquirirlo en la farmacia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Considero que mi pareja es estable 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P25	¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales con personas desconocidas o poco conocidas?	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P26	¿Ha utilizado el condón en relaciones fortuitas?	1. Siempre <input type="checkbox"/> 2. Ocasionalmente <input type="checkbox"/> 3. Nunca <input type="checkbox"/>

SECCIÓN II: ESCALA DE AUTO EFICACIA PARA PREVENIR EL SIDA, DE 27 ELEMENTOS, SEA-27

A continuación se presentan una serie de preguntas en las cuales vas a encerrar en un círculo según el grado de seguridad que creas tener

A) ¿Qué tan seguro está de ser capaz de decir No, cuando te propone tener relaciones sexuales?	Nada seguro	Algo seguro	Medio seguro	Muy seguro	Totalmente seguro
1. Alguien conocido hace 30 días o menos	1	1	1	1	1
2. Alguien cuya historia sexual es desconocida para ti	2	2	2	2	2
3. Alguien cuya historia de drogas es desconocida para ti	3	3	3	3	3
4. Alguien a quien has tratado con anterioridad?	4	4	4	4	4
5. Alguien a quien deseas tratar de nuevo?	5	5	5	5	5
6. Alguien con quien ya has tenido relaciones sexuales	6	6	6	6	6
7. Alguien a quien necesitas que se enamore de ti	7	7	7	7	7
8. Alguien que te presiona a tener relaciones sexuales	8	8	8	8	8
9. Alguien con quien has estado bebiendo alcohol	9	9	9	9	9
10. Alguien con quien has estado utilizando drogas	10	10	10	10	10
11. Alguien y tu nivel de excitación sexual es muy alto	11	11	11	11	11



	Nada seguro	Algo seguro	Medio seguro	Muy seguro	Totalmente seguro
B) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de					
1. Preguntar a tu novio/a si se ha inyectado alguna droga?	1	1	1	1	1
2. Discutir sobre la prevención del SIDA con tu novio/a	2	2	2	2	2
3. Preguntar a tu novio/a sobre sus relaciones sexuales tenidas en el pasado?	3	3	3	3	3
4. Preguntar a tu novio/a si ha tenido alguna experiencia homosexual?	4	4	4	4	4



	Nada seguro	Algo seguro	Medio seguro	Muy seguro	Totalmente seguro
C) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de....					
1. Usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales?	1	1	1	1	1
2. Usar correctamente el condón	2	2	2	2	2
3. Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado bebiendo alcohol?	3	3	3	3	3
4. Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado consumiendo o utilizado alguna droga?	4	4	4	4	4
5. Insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu novio/a prefiere no usarlo?	5	5	5	5	5
6. Negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón?	6	6	6	6	6
7. Contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones?	7	7	7	7	7
8. Acudir a la tienda a comprar condones?	8	8	8	8	8
9. Mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida?	10	10	10	10	10
10. Platicar con tu papá sobre temas sexuales	11	11	11	11	11
11. Platicar con tu mamá sobre temas sexuales	12	12	12	12	12



Clave de calificación:

Conocimientos

Pregunta 07. Puntuación final para la pregunta entre 11 y 10

Conocimiento de las ITSs

- Si reconoce:
- Sífilis: 2 puntos
- Gonorrea: 2 puntos
- SIDA: 2 puntos
- Condiloma: 1 punto
- Trichomona: 1 punto
- Clamidia: 1 punto
- Herpes: 1
- Otras relacionadas: 1 punto

Pregunta 08. Puntuación final 12 y menos 2

Conocimiento de las vías de transmisión de las ITSs

- Si reconoce:
- Contacto con penetración: 3 puntos
- Materna: 3 puntos
- Transfusión: 3 puntos
- Otra con relación: 1 punto
- Si reconoce:

- Beso, sudor: -2 puntos
- Contacto sexual sin penetración: 2 puntos

Pregunta 09. Puntuación final 10 y menos 2

Conocimiento de los síntomas y signos de las ITS

- Si reconoce
- Secreción: 2 puntos
- Dolor: 2 puntos
- Verrugas: 2 puntos
- Inflamación: 1 punto
- Manchas: 1 punto
- Otras relacionadas: 2 puntos
- Otras no relacionadas: -2 puntos

Pregunta 10. Puntuación final entre 10 y menos 3

Conocimiento sobre curación de las ITS

- Si reconoce:
- Sífilis: 3 puntos
- Tricomona: 2 puntos
- Blenorragia: 3 puntos
- Clamidia: 2 puntos
- SIDA: -2 puntos
- Condiloma: -1 punto

Actitudes

Pregunta 11. Puntuación final entre 10 y menos 3

Recomendación a donde debe acudir un amigo(a) que padece una ITS

- Si reconoce:
- Médico Familia: 3 puntos
- Hospital: 3 puntos
- Conversar padres: 3 puntos
- Otros relacionados: 1 punto
- Si reconoce:
- Farmacia: -1 punto
- Otro amigo: -1 punto
- Otros no relacionados: -1 punto

Pregunta 12. Puntuación final por pregunta de 10 y menos 6

Actitud ante un amigo con una ITS

- Si reconoce:
- Acudir a médico de familia: 6 puntos
- Ayudar a curarse: 4 puntos
- Aleja: -2 puntos
- Aprender a hacer el amor: -2 puntos
- Propio de la edad: -2 puntos



Pregunta 13. Puntuación final entre 10 y menos 1 punto

Recomendación a un amigos para no infectarse con una ITS

- Si reconoce:
- Uso del condón: 3 puntos
- Fidelidad a la pareja: 3 puntos
- Contacto sin penetración: 2 puntos
- Conocimiento: 1 punto
- Escoger bien: 1 punto
- No relación: –1 punto

Pregunta 14. Puntuación final entre 10 y cero

Recomendaciones a un amigo(a) que mantiene relaciones con desconocidos

- Si reconoce:
- Protegerse condón: 3 puntos
- No relación con desconocidos: 3 puntos
- Lavarse genitales: 2 puntos
- Visitar al médico: 2 puntos

Prácticas

Pregunta 15. No se evalúa



Pregunta 16.No se evalúa

Pregunta 17.Puntuación final entre 10 y 4

Relaciones sexuales en los últimos 12 meses: número de parejas

- 1 persona: 4 puntos
- 2 personas: 6 puntos
- Más de 2 personas: 10 puntos

Pregunta 18. Puntuación final entre 10 puntos y 4

Relaciones heterosexuales, bisexuales, homosexuales

- Personas del sexo contrario: 4 puntos
- Personas de ambos sexos: 6 puntos
- Personas del mismo sexo: 10 puntos

Pregunta 19. Puntuación final entre 10 y uno

Tipo de práctica sexual

- Anal: 5 puntos
- Genital: 4 puntos
- Sexo oral: 1 puntos

Pregunta 20. Puntuación final entre 10 y cero puntos

Padecimiento de ITS

- No: 0 puntos
- Si: 10 puntos

Pregunta 21. Puntuación final entre 10 y cero



Conversar con la pareja sobre ITS

- Si: 0 puntos
- No: 10 puntos

Pregunta 22. Puntuación final entre 10 y cero

Relaciones sexuales bajo el efecto de alcohol u otras sustancias

- No: 0 puntos
- Si: 10 puntos

Pregunta 23: puntuación final entre 8 y 4 puntos

Uso del preservativo

- Si siempre: 4 puntos
- Si ocasionalmente: 6 puntos
- Si nunca: 8 puntos

Pregunta 25. Relaciones sexuales con desconocidos

- No: 0 puntos puntuación final entre 10 puntos y cero puntos
- Si: 10 puntos

Pregunta 26. Puntuación final entre 10 y 4 puntos

Uso del preservativo en relaciones sexuales con desconocidos

- Siempre: 4 puntos
- Ocasionalmente: 6 puntos



- Nunca: 10 puntos

ANEXO N° 3

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN

“EVALUACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA EDUCATIVA DE LA FACULTAD DE FILOSOFÍA, ARTES Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN, DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, FRENTE A LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH/SIDA”

Cuenca, a _____, de _____, del 2009.

COMPAÑERO/A:

Nos proponemos realizar una investigación sobre las Infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA, la cual consta de tres partes durante toda la investigación. La primera parte consistirá en la aplicación de dos encuestas validadas mediante las cuales se recolectara datos sobre los PRE conocimientos, actitudes y practicas sobre Infecciones de Transmisión Sexual Y VIH/SIDA, como segunda instancia se procederá a realizar intervenciones donde se impartirá conocimientos sobre Infecciones de



Transmisión Sexual y VIH/SIDA, por último se procederá aplicar las mismas encuesta validadas para de esta manera evaluar los POS conocimientos, actitudes y practicas sobre el problema planteado.

Dicha investigación es importante, debido a que siendo los jóvenes el grupo más vulnerable para contraer Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA, se debe conocer lo que saben sobre estas infecciones, para así poder prevenirlas y proteger a la comunidad en general. Esta investigación no conlleva ningún riesgo para la salud física y mental ni tiene costo alguno en ninguna de los puntos anteriormente indicados y nos servirá para continuar con posteriores investigaciones.

Su participación es voluntaria y podrá retirarse del estudio si así lo creyera conveniente.

La información es estrictamente confidencial y será conocida únicamente por los investigadores.

Una vez concluida la investigación, los resultados serán socializados para conocimiento institucional y para los implicados en el estudio.

Por medio de la presente acepto participar en el estudio.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:



Asistir a las conferencias y reuniones que en total serán seis con una duración de una hora cada una. Además contestaré dos cuestionarios de preguntas.

Declaro que se me ha informado sobre beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

- Conocer qué saben los jóvenes sobre las infecciones de transmisión sexual
- Mejorar las estrategias educativas en prevención de las infecciones de transmisión sexual
- Facilitarme los conocimientos.

Nombre y firma del

Entrevistado

Nombre y firma de los investigadores



ANEXO N°4

DE LA INTERVENCIÓN

Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Objetivos.

- Aportar **conocimientos básicos** en materia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)
- Aprender a **reconocer los primeros síntomas** de estas infecciones.
- Concienciar de la necesidad de **buscar siempre ayuda médica** cuando aparezcan los primeros síntomas.
- Fomentar el uso correcto del preservativo.
- Impartir valores

1. Conferencia en Power Point sobre las ITS: duración 2 horas

1.1 Sexualidad Sana. Valores humanos.

1.2 Anatomía

1.3 Infecciones de Transmisión sexual

1.4 Uso correcto del preservativo



2. Actividades.

Actividad 1: Errores que se cometen.

Objetivo

Detectar las conductas inadecuadas que se dan durante las relaciones sexuales en una historia supuesta.

Método

Análisis de una historia en grupo de 10 personas, durante seis minutos, se describen las conductas inadecuadas que realizan los protagonistas de la historia para, posteriormente, hacer una puesta en común.

Procedimiento

Un portavoz de cada grupo narra la historia:

Juan, Pedro y María, acuden a la cruz roja, a donar sangre. Al cabo de unos días, María recibe una llamada, para comunicarle que tiene en la sangre una infección de transmisión sexual y le recomiendan que acuda a su centro de salud para estudio.

Una vez en la consulta, el médico le pregunta si ha notado alguna molestia en sus genitales, y si ha tenido



alguna relación sexual en la que no ha usado el preservativo. Es entonces, cuando María recuerda que hace unos meses mantuvo una relación sexual con un antiguo novio sin preservativo, que coincidió con ella en una fiesta de la universidad, y un mes más tarde notó que tenía una pequeña herida en los labios mayores, a la que no le dio importancia porque no le dolía y desapareció sola. Posteriormente, ha iniciado una relación estable y como protección usa píldoras anticonceptivas.

El médico, le confirma que tiene una infección de transmisión sexual y le pone el tratamiento. Le recomienda que le diga a su novio y a su amigo, que acudan a su médico, para examinarlos a ellos también.

María, no le comenta nada ni a su novio, ni a su amigo, y ella tampoco acude al control de curación.

Las conductas inadecuadas serían: tener relaciones sexuales con penetración sin preservativo, no dar importancia a una herida en genitales, iniciar una relación después de una práctica de riesgo y no utilizar preservativo, utilizar las píldoras anticonceptivas como un método de protección, no comunicar a su novio y a su



amigo que acudan a su médico y no ir ella al control de curación.

Materiales: Fotocopias de la historia

Tiempo: 1 hora

Actividad 2: Mi responsabilidad, tu responsabilidad, nuestra responsabilidad.

Objetivo

Atribuir responsabilidades a cada uno de los protagonistas de la historia.

Método

Análisis de la historia.

Procedimiento:

Un portavoz del grupo narra la historia para posteriormente, en una escala del 1 al 3, valorar el grado de responsabilidad que ha tenido cada uno de sus protagonistas.

Carolina y Javi estaban enamorados. Nunca habían tenido relaciones sexuales completas entre ellos ni con ninguna otra persona. Se divertían mucho juntos y se lo estaban tomando con calma. En verano,



Carolina decidió irse a trabajar a otra ciudad. Planearon escribirse, hablar por teléfono y continuar con su relación Carolina conoció a Dani, un chico atractivo y con mucha experiencia que consideraba que el sexo, en una relación, es prioritario. Carolina no lo tenía muy claro pero al final tuvieron relaciones con penetración. A pesar de su insistencia en que utilizaran preservativos, la mayoría de las veces Dani no los tenía a mano. . Su historia duró todo el verano. Pero cuando estaban terminando las vacaciones Dani le dijo que era el final. Tenía otros planes de vuelta al colegio.

Carolina volvió a casa confusa, se sentía culpable e incapaz de contar a Javi su veraniega historia. Pasados unos días Dani la llamó para decirle que tenía verrugas en el pene y que era importante que visitara a su médico. Se asustó mucho y espero unas semanas, durante las cuales se exploraba obsesivamente. No ocurrió nada y pensó que afortunadamente no se había contagiado.

Mientras, había reiniciado su relación con Javi. Decidieron que era el momento de tener relaciones coitales. Carolina insistió mucho en que debían utilizar preservativo, a lo que Javi se negó, argumentando



que los preservativos eran para gente con múltiples relaciones y que ese no era su caso. Además Carolina utilizaba anticonceptivos orales por trastornos de la regla, así que estaba garantizado que no se quedaría embarazada.

Intentó hablar con su madre. Le dijo que una compañera suya podría tener una infección de transmisión sexual. Su madre, antes de que terminara, ya estaba descalificando a su compañera sugiriendo que eso le ocurría por tener relaciones con uno y con otro. Carolina no insistió.

Lo comentó con dos de sus mejores amigas pero a pesar de querer ayudarla desconocían cómo.

Esperó a que su profesor abordara el tema en unas clases programadas para tratar sobre infecciones de transmisión sexual, pero no parecía muy cómodo hablando de sexo y era de la opinión de que esos temas debían tratarse en casa, ya que si los exponía él podría tener problemas y se le podría achacar que inducía a sus alumnos a tener relaciones sexuales.



Grado de responsabilidad:

1 ninguna responsabilidad

2 algo de responsabilidad

3 mucha responsabilidad

Carolina----- 1 2 3

Dani----- 1 2 3

Javi----- 1 2 3

Madre----- 1 2 3

Amigas----- 1 2 3

Profesor----- 1 2 3

Materiales: Fotocopias de la historia.

Pasos para el uso correcto del preservativo

“Te pueden decir que es incómodo, que quita placer, que corta la relación y otras cosas por el estilo pero hoy en día, los preservativos están hechos de un material muy fino y suave... que apenas se notan”

1. adquiere preservativos de calidad que estén **homologados**.

2. comprueba siempre la **fecha de caducidad**.



3. **protégelos** del sol, el calor y la humedad porque se pueden deteriorar.

4. **abre el envoltorio con cuidado**, asegúrate de no romper el preservativo. ¡Cuidado con uñas, dientes y anillos!

5. coloca el preservativo **antes de cualquier contacto genital** con o sin penetración y recuerda que también con el sexo oral debes protegerte ¡ah! Si utilizas lubricantes procura que sea de base de agua, nunca graso ya que pueden romper el preservativo.

6. sin soltar la punta del preservativo desenróllalo a lo largo hasta que cubra la totalidad del pene.

7. después de la eyaculación y **antes de que el pene pierda su erección**, retíralo sujetando el preservativo por la base.

8. después de quitarte el preservativo, hazle un nudo y **tíralo a la basura**

9. usa un preservativo nuevo en cada relación sexual

10. no esperes a última hora. Ten siempre un preservativo a mano.

Los puedes comprar en farmacias o supermercados.

Tiempo: 1 hora



Sociodrama: 1 hora

TOTAL INTERVENCIÓN: 6 horas



ANEXO 5

MANUAL

“LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL”

Objetivos

- Aportar **conocimientos básicos** en materia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)
- Aprender a **reconocer los primeros síntomas** de estas infecciones.
- Concienciar de la necesidad de **buscar siempre ayuda médica** cuando aparezcan los primeros síntomas.
- Fomentar el uso correcto del preservativo.

Introducción

La OMS, definió la SEXUALIDAD SANA como “La aptitud para disfrutar de la actividad sexual y reproductiva, amoldándose a criterios de ética social y personal. La ausencia de temores, de sentimientos de vergüenza, de culpabilidad, de creencias infundadas y de otros factores psicológicos que inhiban la reactividad sexual o perturben las relaciones sexuales”.

Supone la integración de elementos corporales, emocionales, intelectuales y sociales del individuo, por

medios que le sean enriquecedores y que potencien su personalidad, su comunicación con los otros y el amor.

Se trata de un conjunto de manifestaciones psíquicas y físicas del ser humano, entendido como un ser indivisible BIO-PSICO-SOCIAL, en constante transformación, y en estrecha relación con la madurez orgánica y las condiciones socioculturales en las que se desenvuelve.



Una sexualidad sana, implica:

La valoración positiva y aceptación del propio cuerpo, lo que contribuye a mejorar nuestra autoestima y nuestras relaciones interpersonales.

Una concepción desinhibida, afectuosa y lúdica de la sexualidad, sabiendo que todos somos diferentes, y siendo capaces de expresar nuestros deseos y respetar los de los demás.

Un conocimiento completo de uso de la sexualidad, en su parte tanto reproductiva como de dar y recibir placer.

Anatomía genital

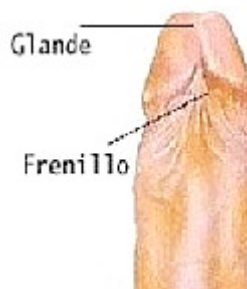
Anatomía genital masculina

La anatomía genital masculina, a diferencia de la femenina, es básicamente externa.

Pene:

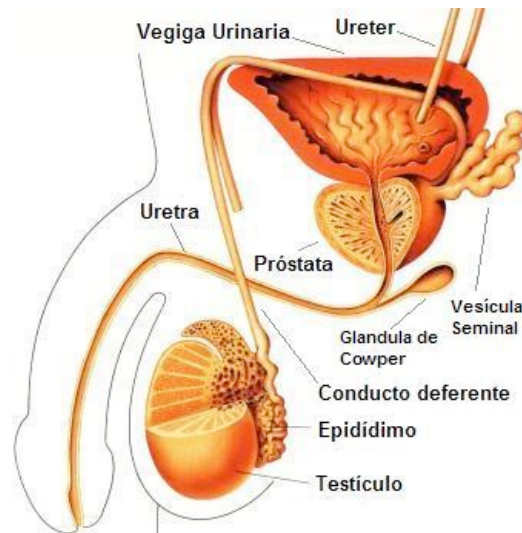
Es el órgano usado para la cópula y para la micción. Está formado por dos cuerpos cavernosos laterales y el cuerpo esponjoso, que es central y a través de él pasa la uretra. Estas tres estructuras son las que al llenarse de sangre durante la excitación producen la erección.

La parte anterior del pene se llama glándula y la piel que lo recubre se llama prepucio. Esta piel es la que se corta cuando se hace la circuncisión.



Escroto:

Es el saco de piel, donde anidan los testículos.



En el interior de la pelvis del hombre están las vesículas seminales. Estas, durante la salida de los espermatozoides, aportan un líquido que, junto a los espermatozoides y el líquido de la próstata, forman el semen. Las vías espermáticas, son las vías de excreción de los espermatozoides que conectan los testículos con el pene. Estos conductos son, conductos eferentes, epidídimo y conductos deferentes que desembocan dentro de la pelvis en el conducto eyaculador que desemboca en la uretra antes de que pase por la próstata.

También son importantes, en todo el proceso, las glándulas de Cowper o de Mery-Cowper. Excretan un líquido que sirve para limpiar la uretra antes de la eyaculación ya que el ph de la orina es perjudicial para los espermatozoides.

La principal hormona masculina es la testosterona.

Anatomía genital Femenina

En la anatomía genital femenina se diferencian los genitales externos y los internos.



Genitales Externos:

La vulva, formada por:

En la parte anterior, el Monte de Venus, es un acumulo adiposo situado sobre el hueso del pubis y está cubierto de vello.

Los labios mayores, son 2 grandes pliegues de piel que delimitan la hendidura vulvar. Tienen mayor pigmentación de la piel y están recubiertos de vello.

Los labios menores, están situados dentro de los labios mayores, formados por piel que se asemejan a una mucosa. No tienen vello y sí glándulas sebáceas para mantener la humedad dentro de la vulva. Su extremidad anterior se desdobra en dos pliegues que rodean al clítoris y forman por encima de este órgano un capuchón que lo protege.



El clítoris es un órgano muy vascularizado con capacidad para la erección y su estimulación produce sensaciones de intenso placer.

El Vestíbulo, es la zona delimitada por los labios menores, donde desembocan la uretra y la vagina. A ambos lados de la vagina están los conductos por donde desembocan las glándulas de Bartholino. Alrededor del meato urinario se encuentra la desembocadura de diversas glándulas uretrales, las más importantes son las de Skene. La desembocadura de la vagina hacia el exterior está delimitada por un pliegue que la estrecha y que se llama himen.

Genitales Internos

La vagina

Es un conducto cilíndrico que va desde la vulva hasta el cuello del útero, está cubierta por mucosa y formada por músculos. La zona más sensible de la vagina está localizada en el tercio anterior de esta. La mayor parte del tiempo es una cavidad virtual con una gran elasticidad, es capaz de albergar desde un dedo, un pene, un espejo o la cabeza y el cuerpo de un recién nacido durante el parto.



También permite la salida de la sangre durante la menstruación.

El útero

Es un órgano muscular hueco, situado sobre la vejiga urinaria y el recto. La cavidad uterina está recubierta del endometrio que es un tejido especial que permite el anidamiento del embrión, cuando se ha producido la fecundación del óvulo. En el útero se recibe al óvulo fecundado. El porvenir del embrión en desarrollo va a depender de la adecuada maduración del endometrio y de la capacidad de crecimiento del útero.

La parte inferior del útero se llama cérvix o cuello del útero. Este se comunica con la vagina y el cuerpo del útero a través del canal cervical que está revestido de glándulas a las que se llaman criptas endocervicales. Estas glándulas producen moco cervical bajo la influencia de los estrógenos. Los espermatozoides dependen del moco cervical para su supervivencia y su transporte dentro del útero.

En los ovarios se contiene la dotación de ovocitos que van a madurar a lo largo del ciclo fértil de la vida de las mujeres. El óvulo es la célula reproductora de la mujer.

Las trompas de Falopio son formaciones tubáricas que comunican los ovarios con el útero.



Las principales hormonas femeninas son los estrógenos y la progesterona.

Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Introducción.

Cuando preguntamos a los jóvenes por las infecciones de transmisión sexual sus conocimientos, normalmente, abarcan el SIDA y en algunos casos la sífilis y la gonorrea pero desconocen muchas otras producidas por múltiples gérmenes.

Hay ITS cuya transmisión se produce por contacto sexual con una persona infectada, como la gonorrea, herpes genital, chlamydias, etc.... Otras tienen diferentes vías de

transmisión, como el VIH/ SIDA y las hepatitis víricas, que se transmiten a través de la sangre, semen y flujo vaginal.

Además existen infecciones como la sarna y la pediculosis del pubis (ladillas), que pueden ser adquiridas también, además del contacto directo, por contacto con ropas u objetos contaminados.



¿Qué son las ITS?

Son infecciones cuya transmisión se realiza, fundamentalmente, a través de las relaciones sexuales (orales, vaginales o anales) mantenidas con una persona infectada o enferma.

Los gérmenes causantes de las ITS tienen muy poca resistencia al medio ambiente exterior, muriendo rápidamente en contacto con el mismo (con excepción de los ácaros de la sarna y las ladillas).

La creencia de que este tipo de enfermedades se transmiten por baños públicos, piscinas, etc. es errónea.

¿Son muy frecuentes?

Las ITS han aumentado





considerablemente. Las razones son entre otras: un comienzo más precoz de las relaciones sexuales, el turismo y mayor movilidad geográfica, la escasa información y formación sexual, la carencia de centros especializados etc. Sin embargo, no se conocen las cifras exactas ya que, por un lado no todos los casos se declaran, debido a que muchas personas se automedican sin acudir al médico, se tratan por los consejos de un amigo, un farmacéutico o sanitarios no médicos y, por otro, muchas de estas infecciones no son de declaración obligatoria, como las infecciones de origen vírico (verrugas genitales o herpes genital) que precisamente son las que más han aumentado en los últimos años.

Algunos autores sugieren que las cifras oficiales de que disponemos sean multiplicadas, en algunos casos por 10 y en otros por 30, dependiendo del rigor de la declaración, para estimar el alcance de las ITS.

Complicaciones

Al principio estas infecciones, tratándolas de forma adecuada, curan fácil y rápidamente. Sin embargo, si se les deja evolucionar sin control, pueden producir consecuencias muy graves tales como esterilidad, cáncer, lesiones cardíacas, enfermedades del sistema nervioso, abortos, malformaciones fetales, etc.



Inmunidad

A diferencia de otras enfermedades infecciosas (como el sarampión, la rubeola, la varicela, etc. que se padecen una vez en la vida), la mayoría de las ITS se pueden adquirir tantas veces como se tenga contacto sexual con personas infectadas. El motivo es que estas enfermedades, en su gran mayoría, no crean defensas.

¿Cómo se manifiestan las ITS?

Las manifestaciones clínicas de estas enfermedades son muy variables. En general los signos de presentación más frecuentes son:

- Supuración uretral
- Flujo vaginal
- Ulceras genitales
- Condilomas o verrugas genitales
- Inflamación del glándulo (balanitis)

Otros síntomas

En ocasiones pueden presentarse al principio otros síntomas, como manchas en la piel, molestias al orinar, dolores en las articulaciones o supuración por el recto.

Complicaciones

También es posible que se manifiesten directamente por sus complicaciones, como dolor abdominal bajo, dolores en los testículos etc.

Sin sintomatología

Por último pueden cursar sin sintomatología al principio de la infección o bien pasar desapercibida, como en las hepatitis víricas o el VIH.

Supuración uretral

Es la queja más común de los varones con una infección de transmisión sexual, y puede estar producida por varios gérmenes, siendo los más comunes los *gonococos*, las *chlamydias* o el *ureaplasma* y, según cuál sea el causante de la infección, variará la sintomatología.

La uretritis por *gonococos* tendrá un período de incubación más corto. Aparecerá una secreción abundante purulenta dos ó tres días después de haber tenido el contacto.



La uretritis producida por *chlamydias* o por el *ureaplasma* producirá una secreción blanca o mucosa de una a tres semanas después del contacto.



En general el paciente con una uretritis se queja de que le sale pus por el pene y tiene molestias al orinar.

Diagnóstico:

Se hace una toma de la supuración y se analiza con el fin de instaurar el tratamiento **específico**, según sea el germen que la está produciendo.

Tratamiento:

Si se ha hecho un diagnóstico precoz y correcto y se ha llevado bien el tratamiento, la mayoría de los casos curan sin secuelas.

Complicaciones:

Si la enfermedad no se trata, o se trata mal, pueden surgir graves complicaciones tales como:

- Esterilidad, por estrechamiento de la uretra.
- Inflamación de la próstata, de las vesículas seminales, testículos, de la vejiga... etc.

La aparición de supuración por la uretra puede ser indicativo de Infección de Transmisión Sexual.

Flujo vaginal

El flujo vaginal que aparece cuando hay una ITS es de color, olor y cantidad anormal.

Puede estar producido, como la secreción uretral, por varios gérmenes: como el *gonococo*, las *chlamydias*, las *trichomonas*, las *cándidas* (hongos) o la *gardnerella vaginalis*, entre otros. Todos estos gérmenes producen flujo, pero variarán sus características según sea uno u otro el causante de la infección.

Los *gonococos* y las *chlamydias* dan lugar a un flujo similar, amarillo o verdoso con molestias al orinar. Aunque en ocasiones estas últimas pueden ser asintomáticas.

Las *trichomonas* causan un flujo espumoso, amarillento y de mal olor que se acompaña de intenso picor.

En las *candidiasis* (hongos) el flujo es blanco y espeso (leche cortada), también acompañado de intenso picor.



En general la mujer con flujo causado por una ITS se quejará de manchas en su ropa interior, flujo, picazón, molestias al orinar, enrojecimiento o hinchazón de la vulva y dolor abdominal bajo.

**Diagnóstico:**

Debe hacerse una toma del flujo y analizarlo para detectar qué germen lo está produciendo.

Tratamiento:

Tras un diagnóstico precoz y correcto el tratamiento es sencillo y la curación es sin secuelas.

Siempre deberá hacerse un control de curación analítico post tratamiento.

Complicaciones:

Cuando las infecciones por *gonococos* y *chlamydias* se dejan evolucionar sin tratamiento, pueden producir una enfermedad inflamatoria pélvica, esterilidad, embarazos ectópicos (extrauterinos), infecciones en las trompas de Falopio, ovarios, etc.

Los hijos recién nacidos de las mujeres infectadas, al pasar por el canal del parto pueden infectarse y padecer una ceguera. En la actualidad se previene esta enfermedad administrando tratamiento a todos los recién nacidos.

Un flujo de color, olor, y cantidad anormal puede ser indicativo de Infección de Transmisión Sexual



A veces el primer síntoma de una ITS es la enfermedad inflamatoria pélvica, que debuta con dolor abdominal bajo y que puede terminar en una peritonitis. El motivo de esto es que la infección, localizada en un principio en la vagina, puede extenderse por vía ascendente y afectar al cuello del útero, las trompas de Falopio y al peritoneo.

La enfermedad inflamatoria pélvica deja como secuelas dolor pélvico crónico, esterilidad y un mayor riesgo de embarazos ectópicos (extrauterinos).

Úlceras

Casi siempre, pasada una semana del contacto sexual infectante y no más de cuatro, aparece en genitales una o varias úlceras (llagas) que puede ser dolorosa o no y que en algunos casos se acompaña de ganglios en la ingle. Las causas de estas úlceras son gérmenes de distintos tipos.

Cuando las heridas son duras e indoloras a menudo es una **Sífilis**.

Si son dolorosas y sangrantes frecuentemente será un **Chancro blando**.

La presencia de lesiones vesiculares, como bolsistas de agua que posteriormente se rompen dejando erosiones en la piel, indicará que se trata de un Herpes genital. En este

caso, las lesiones desaparecerán tras el tratamiento y podrán volver a aparecer sin necesidad de un nuevo contacto sexual. Es pues una infección recidivante (que repite).



Los varones se quejarán de la aparición de una o varias úlceras en el pene o en los testículos. En las mujeres las lesiones pasan desapercibidas en ocasiones, debido a que pueden aparecer en el interior de la vagina, no dando molestias en muchos de los casos. Estas lesiones aparecen también en la boca, después de las relaciones sexuales oro-genitales.

Diagnóstico y Tratamiento

El examen médico, junto con el análisis de sangre y una toma de la secreción de la úlcera, permitirán un diagnóstico correcto.

Como en la mayoría de las ITS, el diagnóstico y el tratamiento precoz, con el consiguiente control de curación, terminarán con la infección sin secuelas.

En el caso del herpes genital no habrá un tratamiento curativo, pero sí se podrá disminuir la aparición de nuevos brotes y aliviar la sintomatología. Asimismo, la mujer



deberá hacerse una citología anual para controlar una posible degeneración de las células del cuello de útero.

En la sífilis durante los primeros meses de embarazo, si se detecta la infección y se instaura el tratamiento es posible la curación de la madre y el feto.

Complicaciones

Las úlceras de sífilis, si el paciente no acude al médico, desaparecen sin tratamiento, pero no han curado. El germen pasa a la sangre y la infección continúa dando graves complicaciones, infectando seriamente al corazón, cerebro y médula espinal. Además, la mujer gestante con sífilis puede transmitirla al feto a través de la placenta, produciendo abortos, muerte intraútero, afecciones óseas, oculares, nerviosas, etc.

En ocasiones la úlcera puede desaparecer sin tratamiento, pero la enfermedad no se ha curado y continúa su evolución.

El herpes genital puede dar complicaciones. Hay un aumento de la aparición del cáncer de cuello de útero en las pacientes que lo han padecido.

Balanitis

Es la inflamación del glande. El paciente con una balanitis se queja de hinchazón, punteado rojizo, secreción superficial (que no viene de la uretra) y picazón en el glande y prepucio.

Raras veces es una infección grave y, en la mayoría de los casos, es consecuencia de un contacto sexual con una persona que no muestra señales de infección pero que puede tener una candidiasis (Hongo) o flujo vaginal patológico.



Diagnóstico y Tratamiento

El diagnóstico se hará tras un examen médico y estudio microbiológico

El tratamiento se hará en función del germen que lo produzca.

Condilomas o verrugas

Los condilomas o verrugas genitales se manifiestan como protuberancias del color de la piel, con una superficie parecida a la de una coliflor, en los genitales o alrededor del ano. En ocasiones se localizan dentro de la boca, como resultado de un contacto urogenital

Están producidas por el virus HPV (Virus del papiloma humano).



Una parte importante de estas infecciones aparecen sin síntomas y tanto la mujer como el hombre pueden ser portadores y vehículos de las mismas.

Esa infección cuando aparece en el cuello del útero puede malignizarse y producir cáncer del cuello del útero.

Es una de las infecciones de transmisión sexual más comunes en la mayoría de los países en la actualidad.

Aunque el diagnóstico de estas lesiones es relativamente fácil cuando aparecen las lesiones, la posible presencia de infección por HPV hace necesario un exhaustivo estudio del cuello del útero, vagina, vulva, uretra, perineo y ano. Siendo recomendable el estudio de la pareja o parejas sexuales por el especialista.

Otras ITS que no siempre son por contacto sexual

Pediculosis pubis

La infestación por el piojo púbico (ladillas) es a menudo por contacto sexual, pasando los piojos del vello púbico de una persona al vello púbico o cercano de su pareja, aunque



también puede ser adquirida a través de objetos contaminados: ropa de cama, ropa interior, toallas, etc.

El piojo pone sus huevos en el vello púbico, pudiendo extenderse hacia el vello del pecho y las axilas.

El síntoma más común es la picazón.

El diagnóstico generalmente es fácil y cura con un tratamiento adecuado. No suele haber complicaciones.

Sarna

La sarna es una enfermedad contagiosa común causada por el ácaro parasitario *Sarcoptes Scabiei*. El contacto sexual es la forma más común de transmisión, aunque también puede adquirirse a través de objetos contaminados (ropa de cama, ropa interior, etc.).

El síntoma más común es la picazón, que empeora por la noche con el calor de la cama. Las lesiones suelen aparecer en pene, escroto, mamas, parte interna de los muslos, vulva, codos, muñecas y entre los dedos.

Una vez diagnosticado, el tratamiento es sencillo y cura sin complicaciones.



Hepatitis víricas

Es la inflamación del hígado causada por una infección vírica.

Casi todos los virus capaces de producir hepatitis pueden ser transmitidos por contacto sexual, sobre todo en las relaciones oro-anales. Sin embargo existen otras vías de transmisión: la vía sanguínea (intercambio de jeringuillas, inoculación accidental de material contaminado en medio sanitario) y la vía vertical (paso del virus de la madre al feto).

La mayoría de las veces la infección aguda (hepatitis vírica) cursa sin sintomatología, aumentando el riesgo de la transmisión a otra persona.

La sintomatología que aparece es malestar general, anorexia, vómitos, náuseas y mialgias. Pero en la mayoría de las ocasiones la infección aguda cursa sin sintomatología, siendo entonces mayor el riesgo de transmitir el virus de la hepatitis. La evolución de la enfermedad puede ser hacia la curación o hacia la cronificación, produciendo entonces hepatitis crónica, cirrosis hepática o carcinoma de hígado. Los portadores crónicos de hepatitis son la fuente de infección más importante de esta enfermedad.



También, la hepatitis puede evolucionar hacia una Hepatitis Fulminante que conduce al fallecimiento del paciente de forma rápida.

Diagnóstico

Se realiza a través de un análisis específico de sangre.

Tratamiento

No se dispone de tratamiento específico curativo por el momento.

SIDA

El SIDA es una manifestación tardía de la infección por el virus VIH. Puede ser adquirido por contacto sexual, por la sangre, (intercambio de jeringuillas en usuarios a drogas por vía parenteral), o bien de la madre seropositiva al feto.

Se denomina infección VIH cuando el virus está en el organismo, una persona infectada puede permanecer durante varios años sin que presente síntomas de la enfermedad, es decir sin que tenga SIDA, por lo tanto una persona infectada con el VIH puede estar aparentemente sana. Los síntomas del SIDA son la consecuencia de la baja de defensas y estos dependen del órgano afectado o de la infección que presente por ejemplo si tiene tos persistente por largo tiempo puede ser señal de



tuberculosis, o si se inflaman los ganglios puede ser por infecciones o enfermedades malignas como el linfoma. Algunos pacientes con SIDA presentan manchas de color violáceo en la piel, otros pacientes presentarán infecciones graves por hongos; la mayoría de las personas presentan disminución de peso, siendo esta baja de peso y diarrea síntomas importantes de la enfermedad.

Una persona que tiene cualquiera de las infecciones de transmisión sexual puede infectarse con mayor posibilidad del virus del SIDA que una persona que no las tiene.

¿Qué hacer para evitar las infecciones de transmisión sexual?

Para evitar contraer infecciones que se transmiten por vía sexual existen tres caminos:

1. Abstinencia
 2. Tener relaciones con una sola pareja que le sea fiel
 3. Uso del preservativo
- **Preservativo masculino:** es una funda de goma sintética (látex) fina y elástica, que se debe de colocar sobre el pene erecto antes del inicio de la penetración. Después de la eyaculación se debe retirar el pene de la vagina cuando todavía está erecto, para evitar que el preservativo no quede en el interior de la vagina o

ano. Su efectividad aumenta si se usa con productos espermicidas. Este método protege de ITS y SIDA.



- **Inconvenientes:** se deben colocar antes de la relación sexual. Algunos hombres refieren pérdida de sensibilidad. Los condones que tienen sustancias espermicidas pueden provocar irritación.
 - Debe fijarse en la fecha de caducidad, mantener en lugares frescos.
 - Cuidar que no se rompa.
 - Debe utilizarse un preservativo por cada penetración.
-
- **Preservativo femenino:** es una funda de goma sintética (poliuretano), que la mujer debe introducir en la vagina, colocando el anillo flexible sobre el cuello



del útero y dejando el anillo rígido en el exterior. Se debe de colocar antes de la penetración y retirar al acabar la misma. Este método protege de ITS y VIH/SIDA.

- **Inconvenientes:** su elevado precio. Exige un entrenamiento previo para colocarlo bien.

¿Qué hacer ante la sospecha de tener una ITS?

- Acudir a un centro de Salud.
- Nunca automedicarse, ni seguir los consejos terapéuticos de un amigo, empleado de la farmacia, etc.
- Nunca creer que estamos curados porque desaparecen los síntomas sin habernos tratado.
- Ayudar a la localización de los contactos sexuales

ANEXO 5

FOTOS DURANTE LAS INTERVENCIONES





Chacruca J, Rodas G, Rubio M.





